Rok IX Warszawa, Kwiecień—Czerwiec 1930 r. Nr. 2

KWARTALNIK KLINICZNY

SZPITALA STAROZAKONNYCH W WARSZAWIE

WYDAWNICTWO LEKARZY SZPITALA

Z oddziału chorób wewnętrznych Doc. Klejna.

O żółciopędnym wpływie żółtka jaja i śmietanki.

Podali

Dr A. Kobryner i Dr T. Abramowicz.

Boyden, Babkin, Higgins i Manu stwierdzili na zwierzętach, przy odsłoniętej jamie brzusznej, że wprowadzenie z pokarmem żółtka jaja i śmietanki powoduje żywe skurcze i opróżnianie się pęcherzyka żółciowego.

Następnie Boyden dowiódł zapomocą cholecystografji, że wprowadzenie z pokarmem żółtka jaja i śmietanki, powoduje u ludzi b. wzmożone opróżnianie się pęcherzyka żółciowego. Powyższe dane posłużyły bodźcem do przeprowadzenia poniżej przytoczonych obserwacji.

Zapomocą zgłębnika 12-czego, opisanego przez jednego z nas (Kobryner) — wprowadzono do 12-cy mieszaninę, składającą się z 2 żółtek jaja kurzego, 50 gr. śmietanki z dodatkiem małej ilości cukru. Dla stwierdzenia obecności oliwki w 12-cy kierowano się t. zw. „objawem dwunastniczym" (Kobryner). Polega on na okresowo występujących przerwach w wycieku ze zgłębnika, którym towarzyszy ujemne ciśnienie w zgłębniku przy aspirowaniu strzykawką i duży opór przy tłoczeniu zapomocą tejże strzykawki powietrza lub płynu do zgłębnika. Objaw ten jest spowodowany okresową kurczliwością tylko odźwiernika, gdyż ucisk na zgłębnik ze strony innych zwieraczy, poczynając od gardzieli do wpustu włącznie — zostaje dzięki konstrukcji zgłęb-

Nr. porządkowy	Imię i nazwisko	Wiek	Płeć	Rozpoznanie kliniczne	Wprowadzono zgłębnik do:	Występowanie objawu 12-czego po:	Obecność wolnego Hcl w treści 12-czej	Zabarwienie treści 12-czej bezpośrednio po wystąpieniu objawu 12-czego i przed wprowadzaniem mieszanki	Ciemna żółć zjawia się po:	Stopień zabarwienia mieszanki aspirowanej	UWAGI
1	A. M.	20	K.	Arthritis rhemuatica	75 cm	21′	—	bezbarwna	13′-17′	intensyw.(++++)	Bóle w dołku podsercowym
2	S. I.	17	K.	Arthritis rheumatica	—	75′	—	słabo na żółto (+)	8′	intensyw.(++++)	—
3	K. B.	28	M.	Hysteria	60	60′	+	słabo na żółto (+)	6′	intensyw.(++++)	Bóle na lewo od pępka
4	W. M.	45	K.	Myodegeneratio m. cordis	75	26′	—	bezbarwna	5′	intensyw.(++++)	—
5	W. J.	44	M.	Paranephritis	70	15′	—	słabo na żółto (+)	3′	intensyw.(++++)	—
6	K, W.	54	M.	Ischias	65	17′	—	słabo na żółto (+)	3′	intensyw.(++++)	—
7	G. H.		M.	Nephritis chronica Hepar auctum	60	12′	—	bezbarwna	po 15′	jeszcze nic nie otrz.	(Chory zwymiotował zgłębnik)
8	K. W.	32	K.	Pyelitis Cholelith. chr. a)	75	14′	—	bezbarwna	„ 10′	„ „ „ „	
	idem	32	K.	„ „ „ b)	62	12′	—	bezbarwna	„ 50′	„ „ „ „	
				c)	65	23′	—	słabo na żółto (+)	„ 37′	mocniej zabar.(++)	
9	F. E.	21	K.	Cholelithiasis (recens)	60	20′	+	słabo na żółto (+)	2′	intensyw.(++++)	
10	B. S.	25	K.	Cholelithiasis (recens)	60	15′	+	słabo na żółto (+)	3′	intensyw.(++++	
11	K. M.	25	K.	Cholelithiasis (recens)	70	30′	+	bezbarwna	6′	intensyw.(++++)	
12	T. L.	28	M.	Lues hepatis Icterus	60	10′	—	bezbarwna	po 12′	jeszcze n. nie otrzym.	
13	N. Ch.	50	K.	Cholelith. Periduodenitis	62	13′	—	zab. na żółto (++)	10′	słabo zabarw. (+)	Rent.—zrosty; w 18r życia abdominalis 9 porodów. Po każdym porodzie-napad
14	P. G.	27	K.	Cholelithiasis	—	25′	—	bezbarwna	18′	słabo zabarw. (+)	Rentg. zrosty
15	N. N.		K.	Cholelithiasis	70	15′	—	bezbarwna	2′	słabo zabarw. (+)	
16	R. P.	42	K.	Cholelithiasis	65	7′	—	bezbarwna	5′	słabo zabarw. (+)	Kurczliwość pęcherzyka normalna. Stwier. rent. (cholecystografje Pituglandol
	idem		K.	„	70	35′	—	bezbarwna	6′	intensyw.(++++)	
17	W. G.		K.	Icterus cholangitis cholelisthiasis	—	15′	—	bezbarwna	po 45′	nic nie otrzymano	

nika 12-czego wyłączony. Kierując się tym jedynym tylko „objawem dwunastniczym“, otrzymywaliśmy wyniki dodatnie (ciemną żółć) — mimo podawania mieszanki w okresie bezbarwnego wycieku ze zgłębnika, a często w obecności wolnego Hcl w treści 12-czej.

Po stwierdzeniu „objawu dwunastniczego“ wprowadzano wspomnianą mieszankę do 12-cy; co 1′ — 3′ aspirowaniem sprawdzano treść 12-czą.

Badania te doświadczalne wykonano na 6 osobnikach niedotkniętych schorzeniem wątroby i dróg żółciowych i na 11 chorych z cierpieniami wątroby. Otrzymane wyniki zestawiono w załączonej tablicy.

Jak widać z przytoczonej tablicy wszystkie zdrowe pęcherzyki bardzo żywo reagowały na podawaną mieszankę wyrzucając do 12-cy w ciągu 3′—17′ ciemną żółć (Nr.Nr. 1, 2, 3, 4, 5, 6).

W przypadkach świeżych schorzeń pęcherzyka żółciowego i drożnych przewodów żółciowych wynik był ten sam. Opróżnienie się pęcherzyka w przypadkach 9, 10, 11 następowało po 2′—′6. Otrzymywano również ciemną żółć (intensyw. ++++).

Sprawy przewlekłe dały zasadniczo ten sam wynik (Nr.Nr. 13, 14, 15, 16a).

Przy kompletnem zamknięciu przewodu—rzecz naturalna — wynik ujemny (Nr.Nr. 12.17).

Słabe stosunkowo zabarwienie żółcią (jeden + na tablicy) aspirowanej treści w przypadkach Nr.Nr. 13, 14, 15, 16a należałoby wytłumaczyć bądź zrostami, przeszkadzającemi normalnemu opróżnianiu się pęcherzyka — co rentgenologicznie zostało stwierdzono na przypadkach 13 i 14, bądź tem, że przed wprowadzeniem mieszanki do 12-cy odbył się okresowy skurcz pęcherzyka żółciowego w myśl doświadczeń Bołdyrjewa. To ostatnie przypuszczenie potwierdza poniekąd przypadek Nr. 16.

Podczas pierwszego zgłębnikowania (16a) stwierdzono objaw 12-czy „w okresie bezbarwnym“. Wprowadzono wtedy mieszankę i w 5′ potem otrzymaliśmy treść słabo zabarwioną żółcią (jeden +) Wobec przypuszczenia zrostów, przeszkadzających opróżnianiu się pęcherzyka, dokonano cholecystografji, która stwierdziła normalną kurczliwość i opróżnianie się pęcherzyka. Wobec tego

powtórzono zgłębnikowanie. W „okresie bezbarwnym“ wprowadzono mieszankę i po 6′ otrzymano ciemną żółć (+ + + +). Najwidoczniej, podczas pierwszego zgłębnikowania natrafiliśmy na pęcherzyk, zawierający niestężoną żółć, co można by było objaśnić tem, że pęcherzyk niedawno przedtem samoistnie się opróżnił. Streszczając się, stwierdzamy:

1. Żółtko jaja kurzego i śmietanka wywierają wpływ żółciopędny przez opróżnienie pęcherzyka żółciowego;

2. Powyższe stwierdza się u zdrowych pod względem wątrobowym we wszystkich badanych przypadkach i w przypadkach kamicy świeżej;

3. W przewlekłych zaś przypadkach zasadniczo stwierdza się to samo. Niektóre odchylenia objaśnić się dają bądź zrostami, bądź przypadkowym fizjologicznym stanem pęcherzyka żółciowego:

Wobec powyższego wysuwa się możliwość zastosowania leczniczego żółtka jaja i śmietanki w przypadkach, gdzie w celu „drenowania pęcherzyka“ podajemy doustnie lub przez zgłębnik duże ilości oliwy, siarczanu magnezu i t. d., co sprawia chorym przykrość.

Nad działaniem leczniczem żółtka jaja i śmietanki w cierpieniach pęcherzyka żółciowego prowadzimy dalsze obserwacje

PIŚMIENNICTWO

1. W. Schöndube. Über die physiologie der Gallenblasenentlehrung (Klinische Wochenschrift Nr. 44. 1929).

2. Babkin. Wnieszniaja sekrecja piszczewaritielnych żelez (1915).

3. Kobryner. Spostrzeżenia fizjologiczne podczas zgłębnikowania dwunastnicy (Polska Gazeta Lekarska 1925 36, 37).

4. Bronner H. Archiv. de Malad. de l'Appareil Digestive Nr. 2. 1929.

5. Bołdyrjew. Okresowa działalność traktu pokarmowego (1910).

O pyelografji dożylnej.

Podał
D. Szenkier

Uwidocznienie na płycie rentgenowskiej zarysu nerek i dróg moczowych stało się możliwe:

1) drogą bezpośredniego napełnienia miedniczki nerkowej płynem nieprzepuszczającym promieni Roentgena zapomocą wprowadzonego do miedniczki cewnika moczowodowego (pyelografja instrumentalna); oraz

2) naskutek wydzielania środka konstrastowego, dzięki czynności wydzielniczej nerek (pyelografja wydzielnicza) Odpowiedni środek kontrastowy może być wprowadzony do ustroju przez usta, odbytnicę lub też drogą krwiobiegu — dożylnie. Ta ostatnia droga — dożylna (pyelografja dożylna) była przedmiotem poszukiwań i badań mozolnych w przeciągu 25 lat od czasu wprowadzenia do urologji pyelografji instrumentalnej przez Lichtenberga i Voelckera. Wszystkie próby zastąpienia pyelografji instrumentalnej przez pyelografję dożylną spełzły jednak na niczem, dzięki temu, gdyż trudno było znaleźć środek chemiczny, któryby po wprowadzeniu do ustroju drogą zastrzyku dożylnego — nie stawał się toksycznym dla niego, wydzielał by się przez nerki w stężeniu dostatecznem dla otrzymania dobrych zdjęć rentgenograficznych. Dopiero w roku 1923 Rowntree (Ameryka) stosując rozczyny JNa udowodnił, że pyelografja dożylna w zasadzie jest możliwa. Dalsze próby w tym kierunku, podjęte przez Lichtenberga, Rosensteina i Volkmanna miały zrazu jedynie znaczenie teoretyczne. Przełomowem momentem w tej sprawie stały się badania Roseno zapomocą pyelognostu połączenia jodu z mocznikiem. Roseno otrzymywał, wprowadzając dożylnie ten swój środek kontrastowy, zdjęcia zupełnie dobre dla celów klinicznych. Ujemną stroną metody Roseno jest jednak z jednej strony pewna toksyczność pyelognostu (ogłoszono już oddzielne przypadki zatrucia jodowego), a z drugiej niezupełnie dostateczne stężenie tego środka w drogach moczowych. Ten brak Roseno próbował usunąć przez

ucisk na dolną część brzucha, a tem samem na moczowody. Dzięki temu zabiegowi dodatkowemu następowało zatrzymanie przez dłuższy nieco czas w drogach moczowych, moczu z wydzielanym przez nerki jodem. Zalecając ten ucisk Roseno opierał się na doświadczeniach (na zwierzętach) Lenarduzzi i Pecco, ktorzy starali się — przez podwiązanie moczowodów — powiększać stężenie środka kontrastowego w moczu dla celów pyelografji dożylnej.

Wielką zasługą Lichwitza i Hryntschaka jest wypróbowanie dla celów dożylnej pyelografji selektanów Binza i Raetha[1]). Doświadczenia z wynalezionym przez nich *selektanneutralem* nie dały zbyt zachęcających wyników. Dopiero gdy Lichtenberg i Swick zmodyfikowali ten środek i wypróbowali go w postaci *Uroselektanu* (na dużym materjale oddziału urologicznego Szpitala St. Jadwigi w Berlinie)—sprawa pyelografji dożylnej odrazu stanęła na mocnych podstawach. *Uroselektan* bowiem odpowiada tym zaletom które powinien posiadać środek stosowany w pyelografji dożylnej. A więc przedewszystkiem wydziela się przez nerki szybko i w dostatecznej koncentracji, jest nieszkodliwy i nie daje pobocznych przykrych objawów. Wydala się *Uroselektan* prawie całkowicie przez nerki, jako taki, to znaczy że w moczu stwierdzamy znów uroselektan, a nie wolny jod. W organiźmie uroselectan nie podlega rozkładowi, krąży i wydala się, jako uroselektan. Tą okolicznością tłumaczy się brak cech toksycznych uroselektanu. Nieznaczna część tego preparatu wydziela się przez wątrobę i kiszki. Postępowanie techniczne w stosowaniu uroselektanu dla celów pyelografji dożylnej przedstawia cię następująco. Zastrzykuje się bardzo wolno do żyły 40% rozczyn uroselektanu w ilości 100 cm., w poszczególnych przypadkach można zadowolić się ilością mniejszą 60 — 80 ccm. rozczynu tego lub powiększyć stężenie, zmniejszając ilość zastrzykniętego płynu. Robi się zwykle 3 zdjęcia prom. Rtg.: pierwsze 15 minut po zastrzyku, drugie po 45 minutach, trzecie po 75-iu min. Zalety pyelografji dożylnej są następujące:

---

[1]) Selektan jest połączeniem organicznem jodu ze związkiem pyridinowym.

1) wyłącza wszelkie rękoczyny instrumentalne w obrębie dróg moczowych, a tem samem możliwość zakażenia, uszkodzenia i wywołania bólu;

2) umożliwia wykonanie pyelografji, gdy pyelografja instrumentalna jest technicznie niemożliwa lub przeciwskazana;

3) uwidacznia wszystkie drogi moczowe w ich połączeniu systemowem;

4) jest do pewnego stopnia próbą czynności nerek i

5) umożliwia wejrzenie w dynamikę dróg, wydalających mocz.

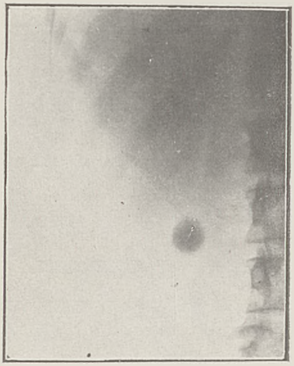
Przy pyelografji dożylnej zapomocą uroselektanu zdjęcie rentgenowskie będzie wtedy tylko dostatecznie wyraźne, kiedy czynność nerek jest wystarczająca, aby wydzielić uroselektan w odpowiedniej koncentracji. W przypadkach daleko posuniętego zniszczenia miąższu nerkowego [1]) możemy nie otrzymać cienia dróg moczowych (roponercze, roponercze gruźlicze). Szczególnie wyraźne zdjęcia otrzymuje się w przypadkach utrudnionego odpływu moczu przy zachowanej dobrej czynności nerki (zwężenie lub przegięcie moczowodu, kamyk uwięźnięty w moczowodzie, wodonercze szczeg, niezbyt daleko posunięte). Dzięki pyelografji dożylnej mamy możność porównania zarysów dróg moczowych obu stron siała w ich rzeczywistym stosunku bez zniekształcenia zwykle wywołanego peylografją instrumentalną. A zestawienie zarysów chorej strony ze zdrową umożliwia stwierdzenie minimalnych uchyleń od normy, które przy pyelografji instrumentalnej bywają zwykle przeoczone. Porównanie nasycenia cienia po stronie zdrowej a chorej i także pęcherza moczowego projektuje jakby na zewnątrz czynność nerek. Jeżeli do tego włączyć jeszcze i określenie ilości wydzielonego przez mocz uroselektanu zrozumiemy, że pyelografja dożylna ma bezwarunkowo cechy czynnościowego badania nerek. Robiąc kilka seryjnych zdjęć rentgenowskich podczas wydzielania uroselektanu, utrwalamy jakby na płycie dynamikę kielichów, miedniczek i moczowodów.

Nie bacząc na dość znaczną ilość zastrzykniętego płynu, chorzy znoszą pyelografję dożylną zupełnie dobrze. Obserwowa-

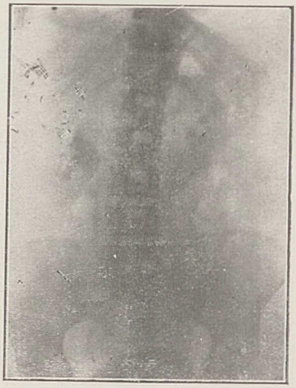
[1]) Uroselektan wydziela się przez system kłębuszkowy.

łem niekiedy bóle wzdłuż żyły, zwykle przyspieszenie tętna uczucie suchości w ustach. Nie mogłem stwierdzić jakichkolwiek objawów podrażnienia dróg moczowych. Krzepliwość krwi i szybkość opadania czerwonych ciałek nie podlega zmianom. Ponieważ wielką korzyścią pyelografji dożylnej jest — w pierwszym rzędzie — umożliwienie wykonanie pyelografji tam gdzie pyelografja instrumentalna wogóle była niemożliwa, dla tego też jest ona absolutnie wskazana w przypadkach zwężenia cewki, małej pojemności pęcherza, silnego krwawienia, zwężenia moczowodu lub nienormalnego położenia ujścia moczowodu, uwięźnięcia kamyka w moczowodzie. Szczególnie zaś do pyelografji dożylnej nadają się przypadki, w których pyelografja instrumentalna choć możliwa, ale ze względu na charakter schorzenia może wywołać powikłania (ostra rzeżączka, ropnie gruczołu krokowego, gruźlica nerki, ostre zapalenie przyjądrza i t. p.). U dzieci, u których pyelografja instrumentalna była niemożliwa, pyelografja dożylna daje możność wejrzeć w istotę schorzenia.

Jestem przekonany, że sprawa pyelografji dożylnej przeżywa dopiero okres wstępny rozwoju i że ma przed sobą długą drogę ulepszeń. Z udoskonaleniem techniki wlewania uroselektanu, ze zmniejszeniem ilości zastrzykiwanego płynu, z obniżeniem ceny preparatu — pyelografja dożylna stanie się metodą wyboru. Już i teraz przeciwwskazania do pyelografji dożylnej właściwie ograniczają się do przypadków z ciężką wadą serca, niedomogą wątroby z jednoczesną niedomogą nerek, wreszcie ciężkie stany azocicy. Czy istotnie przypadki choroby B a s e d o w a są przeciwskazaniem do stosowania tej metody wyjaśnią dalsze spostrzeżenia kliniczne.



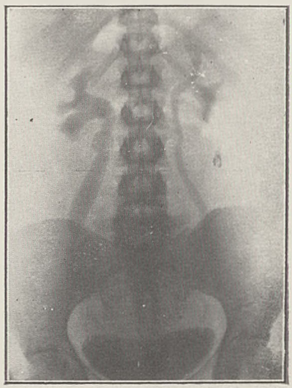
1. Cień podejrzany na kamień w nerce prawej.



2. Podejrzany cień zdajduje się w obrębie miedniczki prawej.



3. W dolnej części moczowodu prawego kamyk, który wywołał znaczne rozszerzenie górnych dróg moczowych po stronie prawej.



4. Rozszerzenie moczowodów, miedniczek i kielichów, szczeg. po stronie prawej u kobiety ciężarnej, wywołane przez ucisk macicy na moczowody.

Do pracy Dr. D. Szenkiera

Z oddziału wewnętrznego Szpitala Starozakonnych na Czystem
(Ordynator Dr. Lewin)

Z oddziału Rentgenologicznego (Kierownik Dr. N. Mesz)

Przypadek mięsaka czerniaczkowego.

Podali

Dr. N. Mesz i Dr. Eugenja Salman.

Mięsaki czerniaczkowe należą do najzłośliwszych nowotworów. Jedni zaliczają je do nabłoniaków, inni do mięsaków.

Usadawiają się one pierwotnie w oku (melanosarcoma choroideum), na skórze i to najczęściej na twarzy i stopie. Rozwijają się nierzadko ze znamion barwikowych.

Ostatnio Masson znów wysunął pogląd na powstawanie tych nowotworów z melanoblastów, z których w pewnych okolicznościach wytwarzają się nabłoniaki, w innych — mięsaki.

Rozwój ich, początkowo powolny, może się stać nagle szybkim, zwłaszcza pod wpływem drażnienia, częto po operacyjnem usunięciu znamienia barwikowego.

W nr. 10-ym Kl. Woch. 1926 r. Berak i Driak opisują trzy przypadki, gdzie po operacyjnem usunięciu znamion barwikowych, wystąpił szereg przerzutów.

Przerzuty rozprzestrzeniają się częściowo drogą naczyń krwionośnych, częściowo drogą naczyń chłonnych w postaci ciemnobrunatnych guzków, niekiedy pokrytych skórą normalną, jak w naszym przypadku; zwykle przerzuty występują w płucach i wątrobie oraz w kościach.

Nasz przypadek zasługuje na uwagę z punktu widzenia rozpoznawczego i jego przebiegu.

Chory F., lat 65, właściciel młyna zgłosił się do szpitala na oddz. wewnętrzny D ra Lewina dnia 17/X 1929 r. z powodu silnych bólów w lewej kończynie dolnej. Bóle wystąpiły przed 3 tygodniami w okolicy pięty lewej, promieniujące wzdłuż tylnej powierzchni podudzia, uda aż do krzyża. Bóle były zarówno przy chodzeniu, jak i podczas leżenia, wzmagały się w nocy. W kończynie dolnej prawej bólu żadnego nie odczuwał. Pozatem chory uskarżał się na brak apetytu. Kał i mocz oddawał

prawidłowo. Przed rokiem został usunięty operacyjnie ropiejący guzek w okolicy pięty lewej. Przed 38-miu laty przebył cholerę a przed rokiem grypę.

Żonaty, ma 6-ro dzieci — zdrowe, dwoje zmarło we wczesnem dzieciństwie. Żona nie roniła. Chory nie palił i nie pijał.

Status praesens (w dniu 17/X 1929 r.)

Chory budowy prawidłowej, odżywiania miernego, wzrostu średniego. Nie gorączkuje. Czaszka na ucisk niebolesna, źrenice równe, reagują na światło i zbieżność prawidłowo. Język wilgotny nie obłożony, nie zbacza, nie drży. Tarczyca i gruczoły chłonne nie macalne. Klatka piersiowa miernie wysklepiona. Kąt międzyżebrowy rozwarty. Międzyżebrze średniej szerokości. Dołki nad i podobojczykowe zapadnięte. Opukowo nad płucami wypuk jawny, wdech pęcherzykowy, wydech niesłyszalny. Serce w granicach normy. Tony głuche. Tętno 76 na minutę, miarowe, średnio wypełnione i napięte. Brzuch miernie wysklepiony, na ucisk niebolesny. Wątroba i śledziona niemacalne. Żadnych deformacji kończyn i stawów, żadnych zmian barwikowych, żadnych owrzodzeń, ubytków skóry na kończynach nie stwierdzono. Na kończynie dolnej lewej, w dolnej $^1/_3$ części podudzia, 5 cm. powyżej stawu skokowego — guzek, tuż pod skórą, wielkości fasoli, o powierzchni gładkiej, konsystencji twardej, na ucisk niebolesny, ze skórą niezrośnięty; ciemne fioletowo zabarwienie prześwieca przez skórę, która nad guzkiem jest niezmieniona. Wzdłuż przebiegu nerwu kulszowego lewego występuje bolesność uciskowa w miejscu wyjścia nerwu z foramen ischiadicum majus większego otworu kulszowego na dolnym brzegu musculus glutaeus mięśnia pośladkowego i w dole podkolanowym.

Objaw Lasequ'a — dodatni, objaw Fajersztejna — ujemny. Odruch kolanowy lewy osłabiony, prawy — żywy. Odruch ścięgnisty Achillesa lewy — osłabiony, prawy — żywy.

Badanie cytologiczne krwi wykazało:

Hemogl. — 78%.
Czerw. ciałka krwi — 4.000.000.
Białe ciałka krwi — 7.130.

w z ó r:

Obojętno-chłonne — 62.5%.

w ś r ó d n i c h:

Postaci o jądrze pałeczkowatem — 7,5%.

Postaci o jądrze segmentowarem — 55%.

Bazochłonne — 0.5%.

Limfocyty — 25%.

Jednojądrzaste i przejściowe — 10%.

Przypadek został rozpoznany przez neurologów jako klasyczny *neuritis nervi ischiadici sinistri.* Jednak ze względu na wiek chorego, ze względu na brak momentów przeziębieniowych, urazowych i toksycznych nasuwało się podejrzenie, czy nie mamy do czynienia z rwą kulszową, natury objawowej. Brak cukru w moczu wykluczał *neuritidem ischiadicum diabeticum.* Przeciwko zmianom kiłowym przemawiał po części ujemny odczyn Wassermana we krwi. (Badania płynu mozgowo-rdzeniowego na odczyn Wassermana oraz cytologicznego nie przeprowadzono, ponieważ chory nie zgadzał się na punkcję lumbalną). Nie było również objawów, przemawiających za pochodzeniem centralnem. Wiek chorego, stan bezgorączkowy, brak jakichkolwiek zmian w narządach, a przedewszystkiem w płucach wykluczały podłoże gruźlicze. Nasuwała się myśl, czy niema podłoża nowotworowego. Ujemny wynik badania *per rectum* pozwolił wykluczyć nowotwór w miednicy małej. Natomiast badanie rentgenologiczne kręgów lędźwiowych i kości krzyżowej w dniu 4.XI stwierdziło podłużne złamanie trzonu z przesunięciem odłamków i zwichnięciem IV kręgu lędźwiowego na lewo (patrz Rgr. 1-szy). Tymczasem w wywiadach nie było żadnej wzmianki o urazie, który mógłby spowodować tak ciężkie złamanie. Już ta okoliczność przemawiała za przerzutem nowotworu do kręgosłupa. Dnia 10.XI stwierdzono w szpitalu nieznaczne uwypuklenie na zewnętrznej powierzchni górnej 1/3 części lewego uda, bardzo bolesne na ucisk, po dwóch dniach także bolesność na wewnętrznej powierzchni tegoż uda, oraz powiększenie gruczołów pachwinowych po tej samej stronie. Badanie rentgenologiczne kości udowej w miejscu wypuklenia (13.XI) stwierdziło w tym miejscu rozrzedzenie kości na przestrzeni 10—12 cm., obejmujące szpik kostny i istotę ko-

rową strony wewnętrznej kości (patrz Rgr. 2-gi). Wobec powyższego niewątpliwą stała się rola nowotworu w tej sprawie chorobowej. Nasuwały się jeszcze dwa pytania: gdzie jest punkt wyjścia i z jakiego rodzaju nowotworem mamy do czynienia. Usunięty przed rokiem guzek, umiejscowiony na skórze poniżej ścięgna Achillesa, stwierdzenie po jedenastu miesiącach nowego guzka tuż pod skórą w sąsiedztwie, a mianowicie w dolnej części 1/3 podudzia lewego, 5 cm. powyżej stawu skokowego, wystąpienie zmian nowotworowych w udzie, w gruczołach pachwinowych i w kręgosłupie przemawiały za tem, że punktem wyjścia był umiejscowiony poniżej ścięgna Achillesa nowotwór skóry, który dał przerzuty najpierw do miejsc nabliższych, a potem do miejsc powyżej wymienionych.

Dodatkowe wywiady przyczyniły się w dużym stopniu do ostatecznego wyświetlenia sprawy — z jakiego rodzaju nowotworem mamy do czynienia.

Jeszcze przed 5-ciu laty chory zauważył na podeszwie lewej pięty ciemno-brunatną plamkę wielkości monety pięciogroszowej. Po kilku miesiącach stwardnienie w miejscu plamki, a po roku ubytek skóry na powierzchni ciemno-brunatnego guzka i ból przy chodzeniu. Ubytek wciąż się pogłębiał, z rany sączyła się krwawo-ropna wydzielina, wobec czego guzek został przed rokiem usunięty drogą operacyjną.

Nie ulegało więc wątpliwości, że mamy do czynienia z mięsakiem czerniaczkowym skóry, który dał przerzuty do kości udowej, gruczołów pachwinowych lewych i do 4-go kręgu lędźwiowego. Rozpoznanie zostało poparte przez badanie drobnowidzowe wyciętego guzka powyżej stawu skokowego lewego, które brzmiało: „Tkanka nowotworowa, składająca się z komórek najrozmaitszego kształtu, najrozmaitszej wielkości i barwliwości. Bardzo liczne pośród nich naładowane są obficie ciemno-brunatnym barwikiem melaniną“. Rozpoznanie—„Melanosarcoma“. (Dr Płońskier). Ryc. 1. Po pięciotygodniowym pobycie w szpitalu chory osłabł i stracił na wadze. Wystąpiły bóle w plecach. Stan bezgorączkowy. Tętno 80 na minutę, miarowe, średnio wypełnione i napięte. W płucach osłuchiwaniem i opukiwaniem zmian nie dało się stwierdzić.

Dopiero na 6-ty tydzień pobytu w szpitalu wystąpił w lewem płucu na palec poniżej kąta łopatki wąski pas przytłumienia, po stronie zaś prawej przytłumienie, rozpoczynające się na dwa i pół palca poniżej grzebienia i sięgające do kąta łopatki; oddech na dolnych płatach, zwłaszcza w miejscu przytłumienia zaostrzony, miejscami, zwłaszcza w okolicach przytłumienia nieliczne krepitacje.

Badanie rentgenologiczne klatki piersiowej stwierdziło szereg przerzutów w obu płucach w kształcie okrągłych o ostrych konturach nacieków różnej wielkości od grochu do pomarańczy. (Patrz R gram 3-ci).

W górnej $^{1}/_{3}$ części lewego uda uwypuklenie stale się zwiększało.

W okolicy pachwinowej powstał duży pakiet gruczołów.

Wreszcie podczas aktu defekacji, przy unoszeniu się chorego w łóżku wystąpiło samoistne złamanie kości udowej w miejscu guza.

Na R-gramie kości udowej z dnia 31.II (R-gram 4-ty) stwierdzono zniszczenie istoty korowej i po stronie zewnętrznej, przerost guza do miękkich tkanek na całej przestrzeni zniszczonej kości, podwójne złamanie kości: u dolnego bieguna guza—skośne, u górnego—poprzeczne z przemieszczeniem odłamków i ustawieniem ich pod kątem rozwartym.

Badanie moczu na odczyn melaniny metodą Jakscha dało wynik dodatni.

Podług Boraka i Driaka dodatni odczyn na melaninę w moczu u chorych z mięsakiem czerniaczkowym występuje w 24—48 godz. po naświetlaniu promieniami R. i utrzymuje się w ciągu 5-ciu dni. Przyczyna tego zjawiska podług tychże autorów jeszcze nie daje się z pewnością ustalić. Możliwe, że wskutek zmiany przepuszczalności komórek, wytwarzających barwik, melanina wydostaje się z wewnątrz komórek na zewnątrz. W każdym razie ulega barwik redukcji i jako melanogen zjawia się w moczu. Pod wpływem zakwaszenia moczu (próba Jakscha) i dodania paru kropel półtorachlorka żelaza melanogen przechodzi w melaninę i wywołuje czarne zabarwienie moczu. (Klinische Wochenschrift 10 1925). Dodatni odczyn na melaninę u chorych z „melanosarcoma“ może wystąpić i bez działania promieni R.,

kiedy wytwarzanie się barwika bywa tak obfite, że wydziela się do moczu samoistnie (Landerer).

To było prawdopodobnie przyczyną dodatniego odczynu na melaninę w moczu naszego chorego. Pierwsze badanie moczu było dokonane po upływie 6-ciu dni od ostatniego zdjęcia rentgenowskiego, i ten dodatni odczyn utrzymywał się i przy powtórnem badaniu moczu na melaninę, dokonanem po 2-ch tygodniach od czasu zadziałania promieni R.

Wnioski:

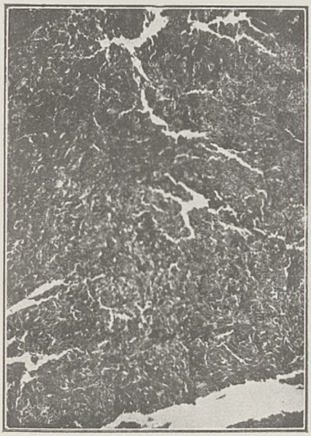
1. Mały zabarwiony guzek na skórze może doprowadzić do przerzutów i zejścia śmiertelnego.

2. Przerzuty ze skóry mogą być w kościach, w płucach i innych narządach.

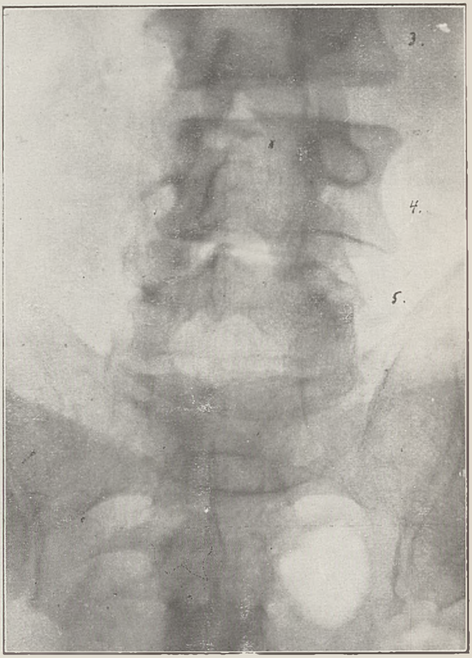
3. Zabieg operacyjny zazwyczaj przyśpiesza wystąpienie przerzutów, jak to miało miejsce w naszym przypadku.

4. Odczyn Jakscha pozwala ustalić charakter nowotworu (melanoma).

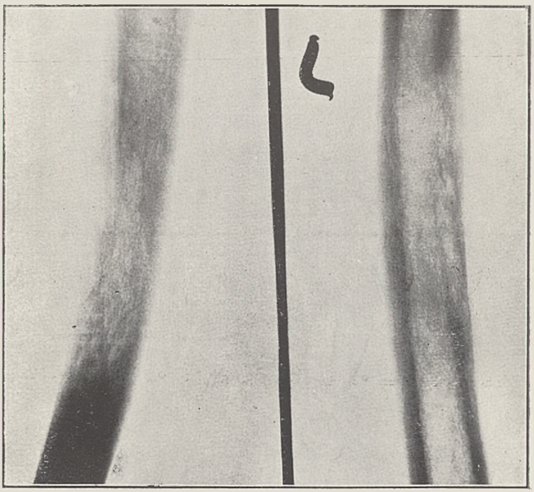
5. Naświetlanie promieniami R. nowotworów (melanoma) pozwala wykryć melaninę w moczu w wypadkach, gdzie przed naświetlaniem melaniny nie było.



Ryc. 1 mikrofotogr.

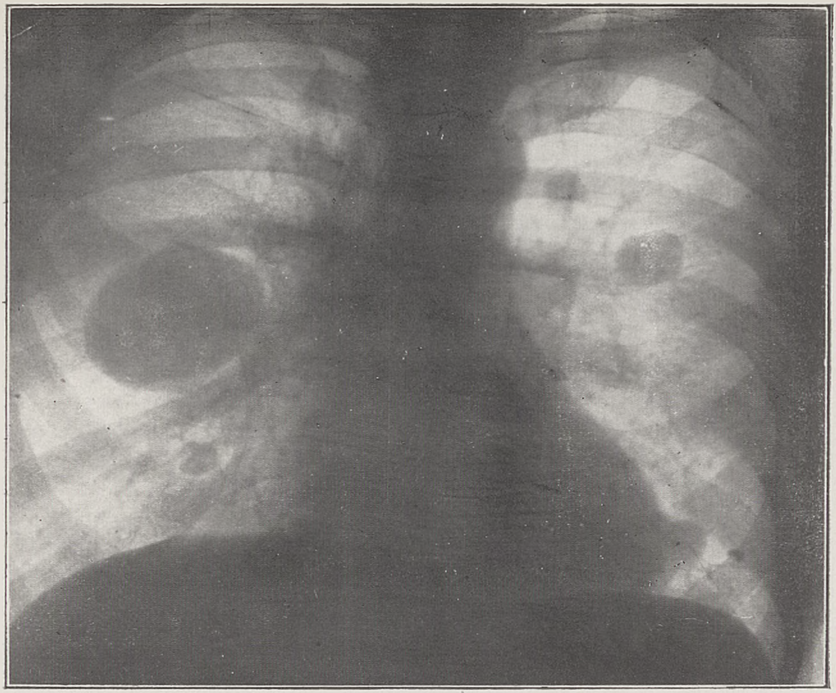


Rgram 1.



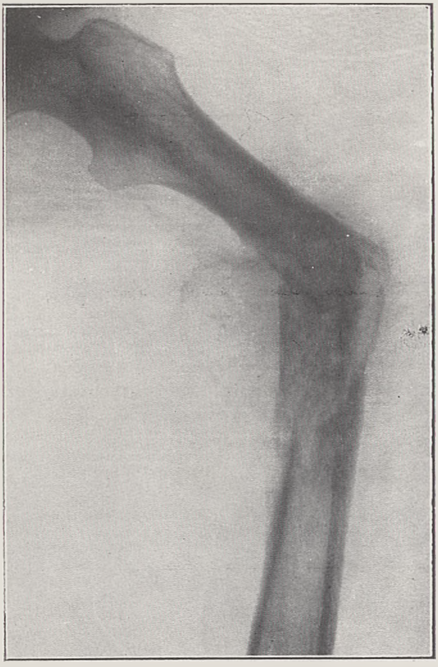
Rgram 2.

Do pracy Dr. N. Mesza i Dr. Eugenji Salman.



Rgram 3.

Rgram 4.



Z pracowni Anatomopatologicznej Szpitala. (Kierownik Dr. M. Płońskier)

Przyczynek do zboczeń w rozwoju zębów (zęby w zębie).

Podał

Jan Gombiński.

Zębiaki są guzami dobrotliwymi, pochodzenia zarodkowego (hamartoblastoma). Występują one przeważnie w wieku młodym do l. 30; częściej w żuchwie, rzadziej w szczęce górnej. Niemal wszystkie opisane zębiaki znajdowano na trzonowcach, wzgl. na ich miejscu, w pobliżu kąta żuchwy. Tylko Metnitz i Apffelstadt stwierdzili zębiaki w okolicy przednich zębów. Zębiaki powstają naskutek zaburzenia w rozwoju wszystkich części składowych zawiązka zębowego; dzięki temu zawierają one wszystkie rodzaje tkanek zęba i zachowują zdolność wytwarzania substancji twardych. Zębiaki bywają częściowe (przylegające) i całkowite (samoistne). (Romer dzieli zębiaki według Pethersa na zwykłe i złożone) Częściowe (przylegające) są zwykle związane z częścią zęba, jego koronką lub korzeniem; przyczyną powstawania ich ma być zaburzenie w rozwoju naskutek urazu części zawiązka zębowego, Częściowe zębiaki bywają zwykle twarde; histologicznie składają się one z twardych części normalnego zęba t. j. szkliwa, zębiny i cementu; wzajemny stosunek tych części jest nieprawidłowy, bezplanowy. Między twardemi tkankami często występuje nieznaczna ilość dobrze unaczynionej luźnej tkanki łącznej, która niema charakteru miękkich części zawiązka, a w szczególności miąższu szkliwa

Całkowite zębiaki mogą być twarde i miękkie. Naogół przeważają twarde. Składają się one z wszystkich części zęba-nie wyłączając swoistych tkanek miąższu szkliwa. Rozwijają się w szczęce w jamie kostnej wysłanej tkanką łączną. Guzy te są zwykle zrośnięte z otoczeniem. Kostne otoczenie guza może nieraz ulec przerwaniu i wtedy ew. naskutek urazu powstaje w tym miejscu zapalenie śluzówki, a w następstwie ropień i przetoka. Nierzadkie są obrazy zębiaków mieszanych, kiedy w mięk-

kich częściach znajdujemy twarde twory zębinowe. Twarde zębiaki zawierają nieraz liczne, małe nieforemne ząbki, grupujące się koło jednej miazgi i otoczone jednym nieregularnym płaszczem szkliwowym (polyodontoma). Niekiedy przeważają twarde twory szkliwowe (adamantoma); w innych główną masę stanowi zębina, gdy szkliwo i cement się cofają (dentinoma), albo składają się z cementu (cementoodontoma).

Niezwykłej budowy okazał się poniżej opisany przypadek zębiaka. Dnia 5 września 1929 r. zgłosiła się do mnie 22 letnia panna X. prosząc o usunięcie jej bardzo wydrążonego korzonka 5|. Podczas usuwania, korzeń łamał się tak, iż doszedłem do sklepienia zębodołu, ciągle wydobywając odłamki. Po wysuszeniu zębodołu stwierdzono, że tuż u sklepienia tkwi w nim wierzchołek zęba o gładkiej powierzchni, szerszą częścią zwrócony do pierwszego trzonowca. Naśladowało to skrzywiony wierzchołek korzenia dośrodkowego 6|. Jednak nieznaczna ruchomość tego tworu przemawiała za tem, iż jest to pozostałość wierzchołka 5|, zbudowanego i umiejscowionego nietypowo. Pomimo znacznych trudności udało się usunąć ten twór bez rezekcji zębodołu. Oględziny wykazały, iż jest to twór zębowy, który tkwił w sklepieniu zębodołu. Twór ten składał się z 2-ch części. Większa tkwiła pomiędzy korzeniem dośrodkowym i podniebiennym 6|, a mniejsza ostro zakończona wystawała do zębodołu 5| Do szerszej części, stanowiącej właściwy wierzchołek, przyczepiony był duży ziarniniak. Całość robiła takie wrażenie jakgdyby węższa część tkwiła w szerszej. Wyglądało to jak ząb twiący w zębie (ryc. 1 a i b). Trudność ekstragowania wynikła z zagięcia i wklinowania szerszej części tworu między dośrodkowym i podniebiennym korzeniem 6|.

Mikroskopowe badanie skrawków w przekroju poprzecznym wykazało na obwodzie faliste warstwy cementu oddzielone wąskiemi pasemkami silniej zabarwionemi hematoxyliną. W tej części zewnętrznej znajdują się liczne przestrzenie wysłane śródbłonkiem (kanaliki H a v e r s a) (?); miejscami pojedyńcze lub skupione ciałka cementu, Jest to typowy obraz przerostu cementu exostosis) (rys. 2). Następna głębsza warstwa składa się z rów-

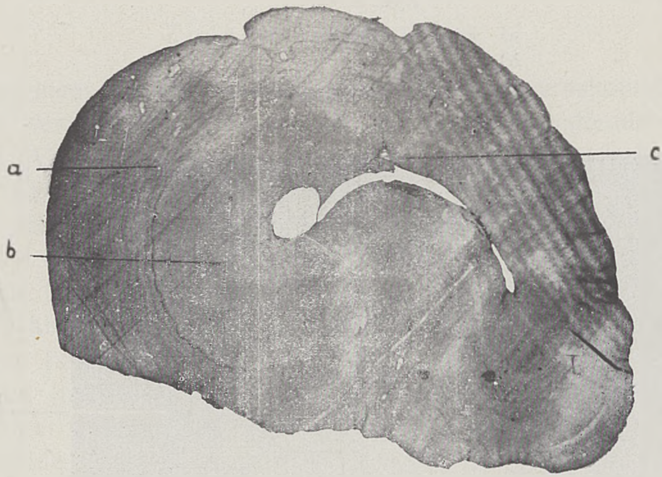


a. *b.*

Ryc. 1. Wierzchołek korzenia.

a) Przednia powierzchnia,

b) Tylna powierzchnia.

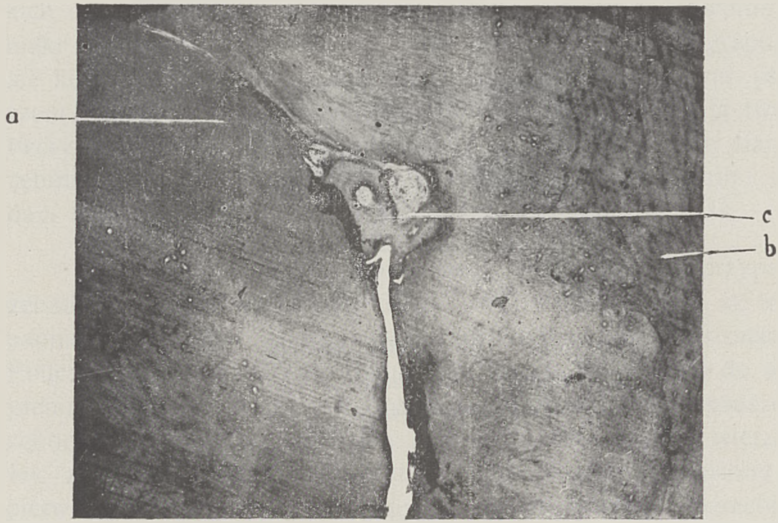


Ryc. 2.

a) faliste warstwy cementu

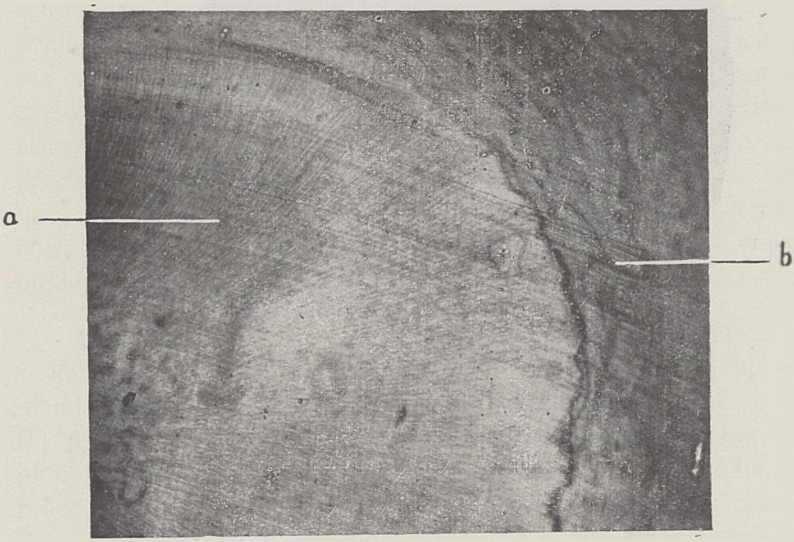
b) kanaliki zębiny

c) dwa ząbki w przewodzie.



Ryc. 3.

a) kanaliki zębiny
b) cement
c) dwa ząbki w przewodzie.



Ryc. 4. x) Ząbek w zębinie
a) zębinowe kanaliki
b) warstwy cementu.

nolegle ułożonych kanalików normalnej zębiny (rys. 3); w samym środku tworu znajduje się podłużna szczelina (przewód) (?), rozszerzona w jednym końcu, a w szczelinie dwa małe ząbki. jeden większy i drugi mniejszy (rys. 4). W warstwie zębiny na obwodzie znajduje się drobny wyraźnie odznaczony ząbek (x) (rys. 5).

Badanie mikroskopowe wykazuje więc, że usunięty korzeń (?) składa się z kilku tworów zębowych różnej wielkości, otoczonych przerosłą warstwą cementu. Jest to zębiak z licznemi ząbkami (polyodontoma). Przypadek ten różni się od znanych tym, że nie ma wyglądu guza Był obsadzony w zębodole, zachował kształty podobne do zęba. Zaburzenie ograniczyło się do nieregularnego układu tkanek zęba i wytworzeniu ząbków w zębinie i przewodzie. Niezwykłym jest tutaj wyjątkowo wysoki stopień zróżniczkowania tkanek, czego wyrazem są przedewszystkiem dobrze ukształtowane ząbki.

Zusammenfassung:

In einem entfernten Zahnwurzel 5| ist makroskopisch ein Gebilde festgestellt worden, das wie ein im Zahne haftender Zahn ausieht (Abb. 1). Die mikroskopische Untersuchung hat aufgewiesen• dass dies Gebilde aus 3 Teilen besteht: auf der Peripherie weilige Cementschichten mit Haversschen Kanälchen (Abb. 2); tiefer parallel gelagerte Kanälchen des normalen Dentins (Abb. 3); im Zentrum der Zahnkanal der zwei kleine Zähnchen enthält (Abb. 4); auf die Peripherie des Dentins ein viertes Zähnchen (x Abb. 5). Das ist ein Odontom (?) mit mehreren Zähnchen (polyodontoma), das einen hohen Grad der Differenzierung der Gewebe aufweist. Es muss hier betont werden, dass das Gebilde die Gestalt eines Zahnes bewehrt hat und sich normal in einer Alveole befand.

PIŚMIENNICTWO.

1. Borst. Anatom. Pathologie. Aschoff. cz. I.
2. Heine. D. M. f. Z. 1927 H. 14.
3. Raison et Romarino. La R. de Stomatologie 1928 Nr. 4.

4. Loos. Handb. d. Z-hkunde. J. Scheff t. I.

5. Metnitz. V. f. Z-h-kunde 1888 z. 2—4.

6. Römer. Henkae u. Lubarsch. Handb. d. spec. patholog. Anatomie u. Histologie,

7. Siegmund u. Weber. Pathol. Histologie d. Mundhöhle 1926.

8. Perthes. Ergebn. d, ges. Z-h-kunde 1924.

9. Wegman. Z, R. 1927 N. 41.

10. Wolf. Kieferst. d. Uniw. Klin. prof. Eisenberg u. prof. Pichler Z. f. Stematol. 1926 z. 7. Z. R. 1927 N. 4.

Sprawozdania z posiedzeń naukowych.

Sprawozdanie z posiedzenia w dniu 17 maja 1929 r. (Ciąg dalszy).

Przewodniczył Lubliner.

Lipszyc wygłosił odczyt p. t. **Odżywianie a krzywica**, poprzedzony demonstrowaniem kilku noworodków i osesków w rozmaitym wieku, okresie choroby i zdrowienia. (Przeznaczone do druku).

Luxenburg, Klaperzak i Ambaszówna przedstawili **Przypadek utajonego krwotoku żołądka z zejściem śmiertelnem.**

W rozprawie Natanson wyłącza przypuszczenie prelegentów o możliwości związku między przebytą przed 5 laty u chorej operacją wycięcia włókniaka macicy a mięsakiem żołądka, który tu sprowadził śmiertelny krwotok. Zwyrodnienie mięsakowate włókniaka macicy w postaci przerzutu do żołądka byłoby niezmiernie rzadkie, a już całkiem nieprawdopodobne, aby to mogło mieć miejsce w 5 lat po przebytej operacji.

Lipes porusza sprawę natychmiastowego przetaczania krwi w przypadkach podobnych, co pozwala zazwyczaj przystąpić do ciężkiego zabiegu operacyjnego, a być może i uratować chorego.

Szour omawia środki wewnętrzne i sposoby ich zastosowania, które prowadzą do wstrzymania krwawienia żołądkowego.

Ambaszówna dodaje, że w stosunku do raków pierwotne mięsaki żołądka należą do rzadkich nowotworów: stanowią one 1—2% wszystkich złośliwych pierwotnych nowotworów żołądka. Mięsaki żołądka spotyka się równie często u mężczyzn jak i u kobiet. Maximum przypada na wiek między 50 a 60-ym rokiem życia, chociaż spotykają się i w każdym wieku.

W przeciwstawieniu do raka umiejscawiają się one częściej na dużej krzywiźnie i w dnie: dopiero drugie miejsce zajmuje oddźwiernik.

Co do ściślejszej lokalizacji to rozwijają się mięsaki najczęściej w podśluzówce, potem kolejno w mięśniówce, podsurowicówce i najrzadziej w śluzówce.

Mikroskopowo przeważa (około 40%) Sa. globocell. i limpho sa. Klinicznie mięsaki żołądka mają przebieg łagodniejszy, niż raki: rosną wolniej, później i mniej często dają przerzuty oraz rzadziej występują w nich zmiany wtórne, jak martwica, owrzodzenia, krwotoki; te ostatnie mogą nawet być śmiertelne.

K o n i e c z n y pierwszy dał podział mięsaków.

Dzieli on je na III grupy.

Do I-ej zalicza mięsaki zewnątrzżołądkowe (egzogastryczne).

Do II-ej zalicza mięsaki wewnątrzżołądkowe (endogastryczne).

Do III-ej zalicza mięsaki wśródścienne.

Mięsaki, należące do II-ej grupy, spotykają się najrzadziej i mają zwykle kształt kulisty, powierzchnię naogół gładką, często na szczycie owrzodziałą. Pozatem śluzówka okrywająca bywa najczęściej mało zmieniona.

Tu guz należy zaliczyć do II-ej grupy według podziału Koniecznego i odpowiada on najzupełniej jego opisowi tych guzów.

Umiejscowiony tu był bliżej małej krzywizny w części przedoddźwiernikowej. Na przekroju widać, że leży w samej mięśniówce. Mikroskopowo przedstawia się jako Sa. g l o b o c e l l u l a r e p e r i v a s c u l a r e.

Objawów niedrożności ani przerzutów nie dawał. Na sekcji znaleziono w żołądku około 100 cm^3 płynnej krwi; krwotok ten prawdopodobnie wystąpił na skutek przeżarcia większego naczynia w miejscu owrzodzenia. Pozatem na sekcji znaleziono wybitną anemję narządów oraz tłuszczowe nacieczenie zwyrod. serca, nerek i wątroby.

L u x e n b u r g zaznaczył, że chory przebywał zaledwie kilka dni na oddziale; wiadomem tu było, że utajone krwawienie pochodzi z przewodu pokarmowego, ale objawy kliniczne nie pozwoliły jeszcze ustalić umiejscowienia cierpienia ani też istoty krwawienia, wobec czego o zabiegu operacyjnym nie mogło było jeszcze być mowy. O przetaczaniu krwi myślano, nie znaleziono jednakowoż w pierwszej chwili w najbliższem otoczeniu chorego osobnika, któryby zechciał dać swą krew.

Luxenburg i Przeworska pokazują **przypadek kiły płuc**.

W rozprawie Lubliner zgodnie z Natansonem zaznaczają, że kształt nosa tu nie jest zbyt charakterystyczny dla kiły dziedzicznej; jest tu raczej nos zadarty a nie siodełkowaty. Szour zwraca uwagę na pewien szczegół, często podkreślany przez prof. Gluzińskiego, a mianowicie, że śledziona bywa zazwyczaj w kile płuc powiększona i macalna, a różni się tem właśnie kiła od gruźlicy płuc. Tu, aczkolwiek śledziona nie jest powiększona, sprawa jednak jeszcze przez to przesądzona być nie może.

Bielenki uważa, że odczyn Wassermana dodatni (++++) mógłby w danym wypadku świadczyć o kile, co jednak nie wyłącza współistnienia gruźlicy płuc lub ognisk po przebytej bronchopneumonji. Ciekawem jest spostrzeżenie, że na oddziale płucnym V, gdzie u każdego gruźlika, prawie zawsze, odcz. Wasserman. wypada ujemnie, w przypadkach zastarzałych, zastoinowych i ropnych, Wass. często wypada dodatnio.

Sołowiejczyk pokazuje **operowany przypadek pancreatitis acuta u 5 letniego dziecka**.

Sprawozdanie z posiedzenia w dniu 14 czerwca 1929 roku.

Przewodniczył Markusfeld.

Ambaszówna. **Pokaz przypadku „poziomkowatości pęcherzyka żółciowego“** (vésicule fraise).

„Vésicule fraise“ został po raz pierwszy opisany dokładnie w 1910 r. przez Mac Carthy'ego, który też pierwszy wprowadził ten termin. Wygląd makroskopowy takiego pęcherzyka charakteryzuje się obecnością na błonie śluzowej żółtych połyskliwych ziaren, jakby wszczepionych w śluzówkę. Mikrosk. ziarna te odpowiadają skupieniom bardzo dużych jasnych komórek, zawierających ciała lipinowe, barwiące się sudanem na kolor szarawy lub żółty. Te komórki najczęściej umiejscowione są na dolnym brzegu kosmków tuż pod nabłonkiem.

„Poziomkowatość“ pęcherzyka żółciowego nie należy do rzadkości; według statystyki Mac Carthy'ego na 5000 operowanych pęcherzyków te przypadki stanowiły 18%.

Klinicznie, wdg. autorów francuskich, „vésicule fraise“ przebiega prawie zawsze z podwyższoną ciepłotą i bólami o charakterze napadowym. Często, ale nie zawsze, występuje równocześnie z kamicą.

Co do znaczenia i przyczyny tych zmian istnieją 3 teorje.

I — która głosi, że te ziarna są pierwszym okresem tworzenia się kamieni cholesterynowych w pęcherzyku (Gosset, Loewy, i inni).

II — która uzależnia obecność dużej ilości lipoidów od zastoju żółci i wzmożonej resorbcji tych lipoidów przez nabłonek pęcherzyka (Policard).

III — wiążąca te zmiany ze sprawą zapalną o łagodnym przebiegu (Lecène, Moulonquet). Przypadek ten pochodzi z oddz. doc. Klejna i dotyczy mężcz. 61 l., u którego na sekcji znaleziono raka żołądka z przerzutami do wątroby i gruczołów; pęcherzyk żółciowy był wolny, kamieni nie zawierał.

Luxenburg. **Przypadek mnogich guzów skóry** (tbc. indurativa subcutan, acuta).

20-letnia chora przybyła na oddz. obserwacyjny z powodu t° 38°—39° od kilku dni, w czasie których ukazały się na tułowiu i kończynach guzy (do 200), żywo bolesne, twardawe, drobne, do wielkości mandarynki, gładkie, o niezmienionej barwie skóry, gdzieniegdzie tylko czerwono fijołkowej.

Przedtem czuła się nieźle, aczkolwiek od 2 mies. lekko gorączkowała. Przedmiotowo — przy niezłem odżywieniu — ograniczone stare zmiany gruźlicze w płucach, widoczne i na rentgenogramie. Pirquet silnie dodatni. Pozatem bez zmian w moczu i w plwocinie; lekka anemja, Widal, Wass — ujem. Śledziona macalna.

Biopsja guza (Dr: Ambaszówna): zmiany dotyczą głębokiej tk. podskórnej; obszary martwicowe oraz nacieki z komórek nabłonkowatych i mniej licznych plazmatycznych w miejsce tk. tłuszczowej. Miejscami skupienia leukocytarne. Włókien sprężystych niema.

Jest to obraz początkowej gruźlicy stwardniałej.

Klinicznie zwraca uwagę ostre wysianie guzów i ich niezwykła bolesność.

W rozprawie Ambaszówna uzupełnia obraz histopatologiczny badanych guzów. Markusfeld rozpatruje kolejno możliwości rozpoznania tu: lymphosarcoma, lymphagranulomatosis Paltauff-Sternberg'a, mycosis fungoides d'emblée, lipomata w początkowych okresach i dochodzi do wniosku, że rozpoznanie właściwe zależne jest od dalszej obserwacji klinicznej i badania histopatologicznego innych jeszcze guzów.

Rosenberg usuwa tu koncepcję gruźlicy; — w dzieciństwie zołzy, zajęte płuca, mogłyby nasunąć podejrzenie w tym kierunku, — trudniejsza natomiast byłaby do ustalenia postać gruźlicy. Myśleć możnaby tu było też o sarkoidach Dariera.

Gleichgewichtowa. **Przypadek odmy samoistnej.** (Patrz art. oryg. w Kw. Klin. 1929 r.).

W rozprawie Luxenburg podkreśla rzadkość występowania odmy samoistnej, zwłaszcza gdy nie wykrywa się znamion gruźlicy. U dzieci może oną wystąpić podczas kokluszu, bronchopneumonji, skłonna jest również do odmy samoistnej młodzież około 2 r. życia co zostało wyróżnione pod nazwą pneumothorax des conscrits u osobników w wieku poborowym.

Hercberg chorego widział przed jego przybyciem do szpitala; przypuszcza, że jednakowoż tłem sprawy jest tu gruźlica, gdyż w rodzinie chorego występuje ona w sposób całkiem zdeklarowany. Ten sam pogląd podziela Bielenki B. stwierdza, że brat chorego umarł przed rokiem na oddziale płucnym z powodu gruźlicy.

W następstwie B. omawia mechanizm wytwarzania się odmy samoistnej, częściowej i całkowitej. Gleigewichtowa wyjaśnia, że zmarły na oddz. płucnym chory niebył bratem rodzonym omawianego tu pacjenta.

Sprawozdanie z posiedzenia w dniu 25 października 1929 r.

Przewodniczył Mesz.

E. Herman. **Przypadek przerzutowego ropnia przykręgowego z objawami rdzeniowemi.** (Z oddziału E. Flataua).

Kr. St., l. 33, przybyła 16.VIII.29 r.; 2 dzieci; obarczenia gruźliczego niema. Zawsze dawniej zdrowa. Przed 2 laty sztuczne poronienie, poczem wysoka gorączka, dreszcze, zapalenie macicy, płuc i ropnie podskórne; przebyła w Szpitalu Dz. Jezus 7 tyg. Potem wystąpiło pokolei ropne zapalenie nerek; leczyła się znów w domu przez 3 m.. Po miesiącu grypa i ponowne ropienie pod pachami. Przez cały rok ropnie w różnych częściach ciała. — W końcu lipca r. b. bóle w krzyżu o charakterze opasujących. Po tygodniu drętwienie w kk. dolnych. Po 2 tyg. stopniowe, szybko postępujące osłabienie kk. d. szcz. prawej; w ciągu następnych 2 tyg. przestała chodzić. Zaburzeń w oddawaniu moczu nie było. Zaparcie stolca Od 4.VIII na oddziale ginekologicznym Szpitala Dz. Jezus, skąd została przewieziona na oddz. dr. Flataua.

St. ob. (16.VIII.29 r.). Wzrostu średniego, odżywienia niedostatecznego, skóra blada, liczne blizny pooperacyjne, dłuższe i krótsze, zrośnięte z tkankami głębszemi i powierzchownemi. Na czaszce czoła z lewej str. zagłębienie po ropniu. Nieco dalej — ku tyłowi — obrzmienie wielkości orzecha laskowego, bolesne, dość twarde. Gruczoły chłonne nieco obrzmiałe. Na-

rządy wewn. +. Tętno — 128, słabo napięte. T⁰ pod-gorączkowa.

Ukł. nerwowy. Źrenice normalne. Dno oczu bez zmian. Drobny oczopląs poziomy. Osłabienie słuchu po str. pr.. Inne nn. czaszkowe +. Kk. górne +. Kk. dolne: unoszenie obu en masse niemożliwe; każdej z osobna — pr. na wysokość 10 cm. ponad posłanie, lewej — 15 cm. z wysiłkiem. Inne ruchy k. d. pr. — biodrowe i kolanowe — zachowane, osłabione; w st skokowym ślad zgięcia i rozgięcia, w palcach rozgięcie osłabione w stopniu większym, aniżeli zgięcie; k. d. l. ruchy znacznie lepsze. Siła mięśniowa kk. d. wybitnie osłabiona, szczególnie w odcinkach dalszych bardziej, w k. d. pr. w stopniu większym, niż lewej. Napięcie zmniejszone. Próba piętokolanowa obustronnie ujawnia znaczny bezład. Czucie kinetetyczne: zniesione w palcach u stóp, po str. pr. również en bloc, tak samo w st. skokowych, upośledzone w st. kolanowych; w biodrowych zachowane.

Czucie dotyku, bólu, cieplne zachowane, lecz osłabione do wyrostka mieczykowatego. Odruchy: z kk. górnych umiarkowane. Abd. górne—słabe; środkowy l. +, pr. — o, dolne — o. PR — żywe; pr. >. AR z lekka wzmożone. Rossolimo — po pr. str. +, po l. (—). Babiński pr. +, l. -y areflexia. Chód bezładny, bez pomocy wyłączony. Kręgosłup — konfiguracji prawidłowej; bolesność na ucisk od II D, największa na IV D. Po str. prawej IV kręgu piersiowego widoczne i wyczuwalne obrzmienie, wielkości małej śliwki, chełboczące, bolesne na ucisk.

Badanie ginekologiczne kl. Tenenbaum). Przez powłoki brzuszne wyczuwało się po str. lewej — tuż przy kanale biodrowym — opór. Macica w tyłozgięciu, powiększona, mało ruchoma, twarda i nieco bolesna. Po str. lewej — tuż przy macicy — wyczuwa się twór, miękkawy; mało ruchomy, wielkości małej pięści; w sklepieniu tylnem, jak i w lewem, nieznaczne nacieczenie (Pyosalpinx; residua post parametritidem sin. et perimet r. post.). — Nakł. lędźwiowe (22 VIII.29) — płyn wodojasny, bezbarwny. Nonne-Apelt + +. Białka — 0,7‰. Wass. we krwi i płynie, Guillain, posiew z płynu — ujemne.

26.VIII wstrzyknięto podpotylicznie lipjodol. Zdjęcie zmian w kręgach nie wykazało. Mocz: Cięż. 1022. Białka ślad. Cukier (—). Osad — 20 leukocytów w polu widzenia. Badanie krwi: Hb — 65%, cz. c. 4,190,000; b. c. — 4.500; Neutr. — 80%; Limf. — 14%; Przejściowych — 1%. 27. IX.29 dr. Sołowiejczyk wykonał operację. Na wysokości IV D i spina scapulae — po pr. stronie kręgosłupa — w głębi między poprzecznym a ościstym wyrostkiem — wyczuwa się w tkance podskórnej i głębokich mięśniach wałek podłużny,

drugi — 3 cm., szeroki — 1 cm., chełboczący. Znieczulenie eterowe; cięcie: ropa do 3 $cm.^3$ z domieszką krwi. Z jamy ropnej sonda łatwo drąży wgłąb przez kanał do obnażonego wyrostka ościstego. Ranę wytamponowano paskami z mieszanką jodoformową. Z ropy wyhodowano (dr. Dworecki) gronkowiec złocisty. Zastosowano autoszczepionkę.

Rozpoznano ropień przykręgowy na wysokości D4, drążący przez otwór międzykręgowy i uciskający ponad twardówką w pierwszym rzędzie słupy tylne (bezład, zaburzenia czucia głębokiego) i w stopniu mniejszym słupy boczne (oznaki piramidowe), zwł. po str. prawej. Brak zmian w płynie m. rdz. dowodzi, iż ropień nie przekroczył twardówki. Po operacji objawy niedowładu zanikały nieznacznie; obj. Babińskiego i Rossolimo znikły, bezład pozostał. Dalszy rozwój wykaże, czy laminektomja będzie tu wskazana. — Podobne przypadki przykręgowego ropnia są b. rzadkie; były opisane przez Bogusławskiego, Taylora-Fostera Kennedy, Westerhorna i innych.

M. Orliński i Lipszowicz. **Przypadek nowotworu mózgu; encefalografja — wykazała położenie guza w komorze bocznej.** (Z oddz. E. Flataua.)

R. J., lat 24 panna, przybyła 24. VIII. 29 z powodu bólów głowy i zaburzeń wzroku.

4 tyg. temu — napad silnego bólu głowy w okolicy ciemieniowo-potylicznej z wymiotami; trwał z godzinę, powtórzył się kilkakrotnie w ciągu dnia. 4-go dnia choroby nagle wieczorem jeszcze większy napad bólu głowy, uczucie gorąca w twarzy, drętwienie w prawej 1/2 twarzy; u ust — to samo uczucie drętwienia po lewej stronie; straciła przytomność na 1/2 godziny. Po godzinie względnie dobrego stanu — znów napad bólu głowy z utratą przytomności. W ciągu 3-ch tygodni następnych — codziennie kilkakrotnie bóle głowy, niekiedy z wymiotami; śród tych często drętwienie prawej 1/2 twarzy. Od kilku tygodni upadek wzroku, ostatnio b. źle widzi.

St. ob.: Narządy wewnętrzne bez zmian widocznych. Tętno 84'. T° — normalna Pirquet, Wass., ujemne. Węch po str. prawej zniesiony, po str. lew. — upośledzony. Źrenice okrągłe, jednakowe. Reakcja na światło — wiotka; konwergencja +. Granice tarcz nieco zatarte, obrzęk włókien, blade, żyły pokręcone i poszerzone, tętnice wąskie. Obustronnie widzi palce na 2 metry (Dr. Arkin). Ruchy gałek +. Po stronie lewej fałda nosowo wargowa nieco wygładzona. N. przedsionkowego patalogicznie wzmożona pobudliwość z obu stron bez objawów podmiotowych; rozpoznano wzmożone ciśnienie w tylnej jamie czaszkowej (dr. Karbowski). K. K. górne: przy

unoszeniu en masse prawa k. drży, lewa nieco odstaje, pozatem w sile ruchach napięciu, diadochokinezie, zmian się nie wykrywa. Odr. z m. triceps, periostalne +, po stronie lewej żywsze. Odr. brzuszne po stronie lewej słabsze. K. K. dolne: siła, ruchy, napięcie, próba pięta-kolano +. Odr. PR, AR żywsze po str. lewej. Podeszwowe +. Rossolimo dodatni obustronnie, > po stronie lewej Czucie +. Chód niepewny, pada ku tyłowi Lekki stopień euforji. Rentg. (dr. Mesz) czaszka o zgrubiałych kościach tylnej części pokrywy, kształtu okrągłego o mocno zaznaczonych wgłębieniach palczastych w przedniej części pokrywy. Duże zniszczenie dna i tylnej ściany siodełka. 3 — 4 cm. powyżej dna widać małe ognisko zwapnienia.

Objawy wymienione wskazywał na guz mózgowy. Chorą naświetlano prom. Rtg.; stan się pogorszył, wzrok bardzo się obniżył. Postanowiono chorą poddać operacji. Dla ścisłej lokalizacji wykonano encefalografję. W znieczuleniu miejscowem trepanacja kości czołowej prawej (dr. Sołowiejczyk); przez otwór trepanacyjny nakłuto przedni róg komory prawej. Wypuszczono stopniowo 50 cm^3 płynu m.-rdz. i wypuszczono 40 cm^3 powietrza. Zdjęcia Rtg. wykonano tegoż dnia. Na zdjęciu widać wyraźnie otwór okrągły, wgłębiający się do komory prawej. Twór ten, jak się później okazało na sekcji, był nowotworem.

W rozprawie Lubelski nie radzi stosować nakłucia mózgu sposobem Neisser-Pollaka, uważa tę metodę rozpoznawczą za bardziej niebezpieczną. Większe uzasadnienie znajduje rozpoznawcza operacja Dandy'ego, t. j. nakłucie komór i wprowadzenie do nich powietrza. Mesz wypowiada się za encefalografją dolędźwiową z wprowadzeniem ogrzanego powietrza pod ścisłą kontrolą manometru.

Lubelski i Rajman. **Przypadek highmoritis, operowany metodą Caldwelle — Luc'a.**

N. S., lat 32. Kilka miesięcy temu ból zębów; nie mogła ich leczyć z powodu ciąży. — 2 dni po poronieniu obrzęk oraz zaczerwienienie lewej 1/2 twarzy, t^0—39^0, dreszcze, silne bóle głowy. Gdy przybyła na oddział IIA, stan był bardzo ciężki. Obrzęk, zaczerwienienie całej lewej 1/2 twarzy. Wytrzeszcz lewej gałki ocznej. W małej przetoce między nosem a lewem okiem ropa. Język suchy. T^0—39^0, dreszcze, tętno 120. Rtg.: zaciemnienie jamy Highmora oraz jamy oczodołu lewego. Wzrok +. Kuracja propidonowa nie dała wyników. Operacja (Lubelski): znieczulenie miejscowe (nowokaina, adrenalina) — zniesienie przewodnictwa n. maxillaris sup.. Wkłuto igłę długości 10 cm pod łukiem kości licowej do fossa

pterygo-palatina i wpuszczono 5 cm^3 novokainy. Znieczulono całą górną szczękę. Cięcie od strony jamy ustnej na śluzówce policzka w odległości 2 cm. od zębów. Po dojściu do kości i otwarciu jamy Highmora wyciekła masa cuchnącej ropy. Wypuszczono ropę, zaszyto ranę w jamie ustnej na głucho, przez nos wprowadzono do jamy Petzerowski zgłębnik. Kilka dni po operacji t^0 spadła, obrzęk twarzy zmniejszył się. Codzienne przepłukiwanie jamy Highmora przez zgłębnik kwasem bornym. Gdy nieznana była jeszcze metoda Caldwelle-Luc'a, chorzy po operacji jamy Highmora chodzili z otworem w szczęce górnej, który trzeba było pokryć odpowiedniemi protezami; — dzięki tej metodzie protezy stały się zbyteczne.

W rozprawie Sołowiejczyk nie podziela poglądów Lubelskiego co do wyników operowania podobnych spraw sposobem, przytoczonym przez prelegentów, a zwłaszcza, gdy operowane są torbiele zębowe; korzystniej jest naciąć od strony jamy ustnej zębodół i wyłuszczyć torbiel, nie otwierając jamy Highmor'a. W ten sposób unikamy możliwości zakażenia błony śluzowej, wyścielającej jamę Highmor'a i wynikających stąd powikłań. Nawet duże torbiele zębowe, drążąc w kierunku jamy Highmor'a, odsuwają przed siebie jej błonę śluzową i z łatwością dają się nieraz wyłuszczyć bez potrzeby otwarcia tej ostatniej. W wypadkach zaś, gdy zachodzi potrzeba sączkowania jamy Highmor'a, S. uważa drogę zębodołową za najdogodniejszą i najbardziej wskazaną.

Zamenhof znajduje tu uszkodzenie, podczas nacięcia wewnętrznej strony oczodołu, więzadła wewnętrznego powieki, jednakże defekt ten będzie można w przyszłości naprawić przez powtórny zabieg operacyjny.

W odpowiedzi Lubelski zastrzega się, że miał na myśli tylko torbiele olbrzymie, które wyścielają i wrastają w całą jamę Highmor'a, niszcząc ją prawie całkowicie. W tych warunkach wyłuszczenie torbieli zębowych, bez naruszenia jamy Highmor'a, staje się niemożliwe. Oczywiście, gdy chodzi o torbiele mniejsze, to należy je wyłuszczyć w ten sposób, aby jamy Highmor'a nie otwierać. Co się tyczy defektu powieki, zauważonego przez Zamenhofa, L. zaznacza, że poprowadził cięcie od wewnętrznej strony oczodołu, jak w cięciu Kiljana; więzadła wewnętrznego nie przecinał. Defekt więc powstał wskutek długotrwałego ropnego zapalenia jamy Highmor'a i przetoki, z którą chory przybył już na oddział.

Sołowiejczyk **pokazuje rzadki preparat wyrostka robaczkowego wydobytego podczas operacji.**

Zakin **Przypadek operowanego tętniaka podobojczykowej tętnicy z porażeniem górnej kończyny.** (Z oddz. A. Sołowiejczyka).

W. S., l. 32, przywieziony 7.III.29 r. nieprzytomnym, z powodu rany postrzałowej. St. ob. t° 37,2, tętno na obu tętnicach promieniowych niewyczuwalne; 25.X.29 Blady — wykrwawiony, bezwład prawej kończyny górnej. Na przedniej powierzchni klatki piersiowej po str. prawej u stawu barkowego okrągła rana—wlot kuli; pod skórą trzeszczenie, na tylnej ścianie klatki piersiowej, u prawej łopatki; podłużna ziejąca rana, dość silnie krwawiąca. Tampon, opatrunek uciskowy. W nocy wróciły przytomność i tętno. Po kilku dniach t°> > ; porażenie kończyny prawej, w ranie na łopatce ropa z zatoki, drążącej wgłąb rany ku górze.

14.III. Operacja na łopatce w miejscu rany. Po rozszczeniu jej obnażono łopatkę, usunięto liczne wolne odłamki kości, zrównano kleszczami Luera sterczące kości strzaskanej łopatki. Ranę wytamponowano; opatrunek. Rana się goiła, t° ustąpiła, od czasu do czasu wydzielały się drobne ułamki kostne. Wkrótce po zabiegu na przedniej powierzchni klatki piersiowej, tuż pod obojczykiem, w okolicy zagojonej rany wlotowej—guz wielkości śliwki, wyraźnie tętniący.

Porażenie praw. k. g. trwało. Po zagojeniu się rany operacyjnej badanie prądem elektrycznym (kol. Herman) wykazało (21.V.29).

„Porażenie splotu barkowego, prawego, postrzałowe. Ruchy w stawie barkowym, łokciowym, nadgarstkowym oraz w palcach, z wyjątkiem kciuka, zniesione. W kciuku ślad od—i przywodzenia. Zaburzenia czucia głównie w obrębie n. radialis N. ulnaris na pr. farad. oddziaływa. Mięśnie, unerwione przez n. rad. i med., nie oddziaływują. Na prąd stały n. promieniowy i pośrodkowy nie oddziaływują, zarówno jak i mięśnie".

1.V.29. Operacja w uśpieniu (chloroform—eter.). Cięcie półkuliste pod obojczykiem prawym. Obnażono ścianę tętniczego guza; stwierdzono, że to tętniak podobojczykowej tętnicy w miejscu przejścia jej w tętnicę pachową, silnie zrośnięty z tkankami otaczającemi oraz z żyłą podobojczykową i ze splotem barkowym. Podwiązano tętnicę i żyłę podobojczykową powyżej i poniżej tętniaka, poczem wyłączono ze zrostów guz na tępo, przecięto między podwiązkami i usunięto. Wówczas dopiero został odsłonięty cały splot barkowy; okazało się, iż tylko mała część splotu jest przerwana, reszta splotu barkowego była tylko uciśnięta przez guz. Odcinki przerwanego nerwu promieniowego zeszyto 2 szwami materacowemi. Ranę zaszyto, zostawiając szklany drenik; trzeciego dnia po operacji usunięto dren, 7-go zdjęto klamerki. Rychłozrost. Kończyna

ciepła i zaróżowiona. Już piątego dnia po operacji chory ruszał palcami, po 10-ciu dniach skierowany na oddz. fizjoterapeutyczny dra Rotstadta. Stan kończyny zaczął szybko poprawiać się, ruchy powracały. Obecnie dopomaga już nią sobie przy ubieraniu, unosi krzesło prawą ręką. Lecz porażenie mięśni u nerwionych przez nerw promieniowy (uległ przerwaniu, był zeszyty) trwa. Poprawa tej grupy mięśni w każdym razie nastąpić może znacznie później.

W rozprawie Wertheim zaznacza, iż miał podobne przypadki, nie widział jednak poprawy porażonej kończyny po operacji nawet wtedy, gdy splot barkowy był tylko uciśnięty, a nie przerwany. W. zapytuje, czy tętniak w demonstrowanym przypadku był prawdziwy czy rzekomy. Wynik tu należy uważać za bardzo pomyślny. Lubelski zapytuje, czy płuco było przestrzelone i czy nastąpiła poprawa w zakresie tej części splotu barkowego, która była tylko ucisnięta, czy też przerwana. L. zwraca uwagę na częste powikłania zgorzelą kończyny po podwiązaniu tętnicy podobojczykowej, wreszcie przytacza kilka przypadków tętniaka, które operował z lepszym lub gorszym wynikiem.

Higier podkreśla trudności, jakie nastręcza rokowanie w podobnych przypadkach co do stopnia zachowania czynności postrzelonej kończyny. Niełatwo też jest chirurgowi zorjentować się podczas operacji w zeszywaniu splotu barkowego, gdyż należy znaleźć oopowiednie odcinki poszczególnych nerwów.

Bregman zaznacza, że w danym przypadku porażenie n. łokciowego i n. promieniowego trwa.

W odpowiedzi Zakin wyjaśnia, że tętniak był tu prawdziwy. Płuco prawe było przestrzelone, wskazywałoby na to emphysema subcutaneum w okolicy postrzału. Poprawa kończyny porażonej nastąpiła w zakresie nerwów uciśniętych, a nie przerwanych. Co się tyczy zgorzeli kończyny po podwiązaniu tętnicy podobojczykowej, to podwiązanie jej w miejscu przejścia w tętnicę pachową jest mniej niebezpieczne, niż podwiązanie powyżej lub poniżej, a to z tego względu, iż art. transv. scapulae, art. circumfl. scapulae, art. circumfl. humeri i art. thoracoacromialis w danym przypadku pozostały nieuszkodzone, a te tętnice, łącząc się, tworzą uboczne drogi dla przywrócenia krążenia kończynie, to też podwiązanie tętnicy pachowej wydaje się bardziej niebezpieczne (gałązki wyżej wymienione t. pachowej odchodzą dość wysoko).

W przypadku demonstrowanym tylko nieznaczna część splotu była przerwana, dlatego też odcinki przerwanych nerwów nie były zbyt oddalone od siebie i nie trudno było odpowiednio je zeszyć.

Badanie prądem przed operacją wykazało, iż n. łokciowy na prąd farad. oddziaływa, czynność m. zginających palce (m. flex. dig. prof.) też wskazywałaby na to, iż nerw łokc. nie jest zupełnie porażony. Zresztą powtórne badanie prądem kwestją tę ostatecznie wyświetli.

Sprawozdanie w posiedzenia w dn. 22 listopada 1929 r.

Przewodniczył: Natanson

Lubelski. **Przypadek kamienia w kielichu nerkowym.**

20-letni chory K. H. od roku skarżył się na bóle napadowe w prawym boku, w okolicy lędźwiowej, (od 6 do 24 godzin), promieniujące ku prawej nodze i do pęcherza moczowego. Takie same bóle niekiedy i po stronie lewej. Zdjęcia Rtg. nerek i moczowodów stwierdziły kamień w lewej nerce, przypuszczalnie w miedniczce. Bóle po stronie prawej były więc tu pochodzenia odruchowego (reno-renalny odruch).

L. operował chorego w uśpieniu eterowem. Lewa nerka odsłonięto cięciem Gujon'a, Macaniem miedniczki kamienia — niestety — nie stwierdzono; nie natrafiono na niego też przy nakłuciu cienką igłą w paru miejscach dolnego bieguna nerki. Wówczas nacięto — tuż poniżej miedniczki — moczowód i cienkim zgłębnikiem szukano zkolei kamienia w kielichach, natrafiono na niego w górnym kielichu. Kamień, wielkości grochu, udało się wydobyć małą łyżeczką, wprowadzoną przez otwór w moczowodzie; otwór ten zaszyto szwem dwupiętrowym. Rana wygoiła się bez powikłań i bez następczej przetoki moczowodowej.

W rozprawie Wertheim zaznacza, że poszukiwanie kamieni podczas operacji często nastręcza trudności, wobec czego nieuniknione staje się nakłucie igłą. W danym przypadku należało otworzyć miedniczkę; wydobywanie kamienia przez moczowód mogło wytworzyć zwężenia a nawet i zgorzel. Bregman zapytuje, jakie bywają wskazania do operowania tak małych kamieni.

Natanson przytacza przypadek wydobycia kamienia z moczowodu, w którym przebieg po operacji był dobry, po pewnym czasie jednak nastąpiło zwężenie moczowodu i nasunęła się konieczność usunięcia nerki.

W odpowiedzi Lubelski objaśnia, że zdecydowal się na tę metodę operowania, gdyż nie mógł namacać kamienia. Miedniczkę obawiał się naciąć, bo gdyby poszukiwanie kamienia dało wynik ujemny, musiałby naciąć nerkę. Jako wskazania do operacji posłużyły bóle, występujące bardzo często

oraz ropne zapalenie miedniczki. L. uważa, że zwężenie moczowodu występuje w podobnych przypadkach nie tyle z powodu dokonanego cięcia, ile wskutek odleżyny powstałej i stanu zapalnego.

Wertheim. **Przypadek gruźlicy stępu, wyleczony drogą rezekcji orteoplastycznej podł. Włodzimierowa-Mikulicza.**

Chory 24-letni od dłuższego czasu cierpiał na gruźlicę kości prawego stępu z przetokami. Wobec bezskuteczności leczenia zachowawczego W. wykonał w sierpniu r. b. rzadko dziś stosowaną operację W.-M., umożliwiającą zachowanie przedniej części stopy, przy ustawieniu końskiem i oparciu na główkach kości śródstopia. Operacja pomyślana została w r. 1871 przez Włodimirowa — a niezależnie od niego w r. 1880 przez Mikulicza — i polega w typie klasycznym na wyłuszczeniu kości skokowej i piętowej — odpiłowaniu dolnych końców k. podudzia na wysokości 10 ctm. nad stawem — oraz na odpiłowaniu tylnych powierzchni k. łódkowej i sześciennej. Obie powierzchnie przystosowuje się i zbliża do siebie. Tenotomia zginaczy palców.

W danym przypadku otrzymano zrost mocny i niezły chód w bucie ortopedycznym. Ponadto zachowano kończynę, nie narażając chorego na niewygody, połączone z noszeniem nawet najlepszej protezy.

W końcu W. przypomina, że już przez 35 laty Korzeniowski (z oddz. W. Krajewskiego) opisał 2 przypadki analogiczne. W skazaniem do op. W.-M.: 1) próchnica k. skokowej i piętowej, 2) nowotwory, 3) rozległe zniszczenie urazowe.

Dworecki. **Przypadek meningitis purulenta typhosa.**

Prątki durowe, jako zarazek ropnych zapaleń ogniskowych, stanowiących głównie domenę chirurgji, były wykrywane oddawna we wszystkich niemal narządach (pęcherzyk żółciowy, koście, mięśnie, układ chłonny, jamy surowicze, jądro, jajnik, tarczyca i t. p.). Do najrzadszych bodaj należy umiejscowienie ropnej sprawy durowej w oponach mózgowych. Taki właśnie przypadek miał miejsce na oddz. d-ra Bregmana; dotyczył on 7-miesięcznego chłopca, u którego w 2 tygodnie po zapadnięciu — śród wysokiej gorączki, objawów nieżytu oskrzeli, ropnego zapalenia ucha,—rozwinęły się wyraźne objawy oponowe. Objawy te w takim stopniu się wzmogły, że po upływie 3 dni pobytu w Szpitalu dziecko zupełnie nieprzytomne, w stanie beznadziejnym, zostało zabrane przez matkę

do domu. Badając płyn mózg.-rdzeniowy tego dziecka D. stwierdził — śród obfitej ilości ciałek ropnych — przeważnie rozpadających się — bardzo liczne drobne laseczniki kokobacyle gramo ujemne. Z posiewu osadu tego płynu wyrosł czysty szczep prątków durowych: wszechstronne zbadanie cech morfologicznych, biochemicznych i serologicznych dało zespoł, zupełnie charakterystyczny dla prątków Eberth'a. Jest to drugi przypadek, w którym udało się D. wykryć za życia chorego w płynie mózg.-rdzeniowym. laseczniki durowe. Z punktu widzenia bakterjologicznego zasługują na uwagę 2 szczegóły, zaobserwowane przez D. w tych przypadkach: obfitośc prątków w osadzie świeżego płynu — która właśnie w durowem zapaleniu opon nie zawsze idzie w parze z ciężkością zaburzenia i 2) morfologiczna nierówność laseczników — w sensie ich wielkości kształtów, barwliwości i t. p., jak to uwidoczniły załączone preparaty. Nadaje to bezpośrednim obrazom bakterjoskopowym wygląd wielce nietypowy, uzależniając zatem rozpoznanie wyłącznie od wyniku posiewu.

W rozprawie Rotstadt podkreśla fakt, że w durze brzusznym często wszak — i w okresie wstępnym i w przebiegu — przeważają objawy mózgowe, wzgl. oponowe, a jednak w płynie mózgowo-rdzeniowym prątki duru tak rzadko się wykrywa. R. uważa, że w przypadkach tych trzeba myśleć i o wtórnych cierpieniach, wzgl. jak tu. może o powikłaniach usznych, które sprzyjają przedostaniu się drobnoustrojów przez barjerę oponową. R. podziela pogląd prelegenta, że w przypadkach flory mieszanej przebieg i rokowanie w sprawach oponowych znacznie się pogarsza; w płynie pleocytoza z limfacytowej staje się wybitnie neutrofilową, jak to w okresie przedśmiertnym się spostrzega nprz. w meningitis tuberculosa.

Lubelski wspomina o przypadkach ropnego zapalenia wyrostka robaczkowego, w którym stwierdzano tło durowe. W odpowiedzi D. nie zgadza się z przypuszczeniem Rotstadta- jakoby sprawa oponowa była tu powikłaniem zapalenia ucha, gdyż 1) badanie otoskopowe, wykonane w Szpitalu, zmian nie wykazało i 2) zachorzenia ogniskowe o tle durowem rozwijają się u oseskow często z pominięciem jelit — imponując klinicznie, jako pierwotne. Taką — prawdopodobnie — była patogeneza danego przypadku. Co dotyczy zapaleń wyrostka robaczkowego, to również, zwłaszcza u dzieci — niekiedy stwierdzamy, jako czynnik etjologiczzy, prątki grupy durowej — jednak nie las. Eberth'a, a częściej bac. paratyphus B.

Wertheim i Mesz. **Przypadek kręgozmyku (spondylolisthersis).**

18-letnia osoba, virgo intacta. mieszkanka wsi, w dzieciństwie chorób nie przechodziła, nie doznała urazu, większych

ciężarów nie dźwigała. Od paru lat wystąpiło wygięcie kręgosłupa ku przodowi, zwiększające się stopniowo, utrudniające pracę i chód.

Badanie chorej wykazuje olbrzymią lordozę, opuszczenie klatki piersiowej w kierunku miednicy, skrócenie brzucha i brak normalnego nachylenia miednicy, dzięki czemu rima pudendi zwrócona jest ku przodowi. Miednica przy wejściu bardzo szeroka. Badania ginekologicznego ani też przez odbytnicę, nie udało się wykonać. Rentgenogramy, przedstawione i komentowane przez M e s z a, całkowicie potwierdzają rozpoznanie, wykazując dodatnie całkowite przesunięcie trzonu V L. ku przodowi. tak dałece, że zaledwie nieznaczna część jego dolnej powierzchni styka się z k krzyżową. Wraz z trzonem przesunięty jest proc artic. superior i nasada łuku, podczas gdy proc. inf. i spinosus pozostały w miejscu. W., nie wdając się w szczegóły, przypomina, że cierpienie to opisał poraz pierwszy i nadał mu nazwę Spondylolisthesis. — w r. 1852 K i l l i a n, ale dopiero późniejsze badania, zwłaszcza R o b e r t a i warszawskich lekarzy L a m b l a i Fr. N e u g e b a u e r a, ustaliły właściwą przyczynę choroby, polegającą na wydłużeniu partis interarticularis, łączącej górne wyrostki stawowe z dolnemi. Część ta niekiedy jest b. ścieńczała, zawiera też czasem szparę. L a m b l nazwał to zjawisko Spondylolysis interarticularis; spostrzegamy je tam, gdzie nie następuje zlanie sią przedniego i tylnego ogniska kostnienia; w kręgu jest ono przeto wadą rozwojową. — Kręgozmyk spostrzega się przeważnie po przebytych licznych ciążach, niekiedy jako następstwo urazu. Dotychczas opisano przeszło 60 przypadków.

W rozprawie N a t a n s o n potwierdza rzadkość podobnych przypadków; kończą się one zazwyczaj niepomyślnie jednolitego poglądu na pochodzenie spondylolisthesis dotychczas nie ustalono.

Sprawozdanie z posiedzenia w dn. 13 grudnia 1929 r.

Przewodniczył R o t s t a d t.

L u b e l s k i. **Przypadek kamicy żółciowej i raka pęcherzyka.**

Kobieta 52-letnia, chora od 7 miesięcy. Z początku co dwa, trzy tygodnie, a ostatnio codziennie — bóle w prawem podżebrzu z wysoką ciepłotą i wybitną żółtaczką. Leczyła się w Karlowych Warach. W prawem podżebrzu stwierdzono palcami powiększoną wątrobę i duży pęcherzyk żółciowy, bolesny. W moczu powiększony indykan i barwiki żółciowe.

Zdjęcie Rentg.: duże kamienie na prawo od kręgosłupa, na wysokości talerza biodrowego.

Operacja; cięcie Kehr'a. Podotrzewnowo usunięto powiększony pęcherzyk żółciowy; prócz kamieni na dnie namacano naciek wielkości orzecha włoskieg . Przewody żółciowe po usunięciu pęcherzyka przezgłębnikowano; do przewodu wspólnego i watrobowego wprowadzono gumowy sączek en T. W pęcherzyku: 6 dużych kamieni żółciowych, a na dnie nowotwór (rak zwyczajny). Trudno tu orzec. co było pierwotnem zachorzeniem: rak czy kamienie żółciowe. Statystyka wykazała, że aczkolwiek prawie w 90% raków pęcherzyka znajdujemy też kamienie (np. Courvoisier w 87,5%, Amer w 95,5%), to jednak w wielu tysiącach przypadków kamieni pęcherzyka nie znajdujemy raka, a tylko w 1 do 2% raków można przypuszczać, że kamienie były przyczyną ich powstania (Die Chirurgie der Gallensystems von prof. Dr. E. Heller. Lipsk 1925 r.).

Lubelski. **Przypadek podotoczkowego wycięcia nerki.**

R. S., lat 40; bóle od 5 tygodni w lewym boku, t^0 do 38^0. W lewem podżebrzu namacano duży guz, który opuszczał się niżej linji poziomu pępka. W moczu: 150 leukocytów i 0,3% białka. Czynność lewej nerki zniesiona, prawa wydziela z opóźnieniem. Rtg. kamieni w nerce nie stwierdzono. Cewnikowanie stwierdziło mocz mętny, ropny, wydzielający się szybko i łatwo (w moczu pałeczka okrężnicy). Pyelografja stwierdziła opuszczenie nerki i rozszerzenie miedniczki i kielichów, które znajdowały się na wysokości 2-go i 3-go kręgu lędźwiowego Rozpoznano roponercze.

Operacja: cięcie Gujon'a. W okolicy dolnego bieguna nerki natrafiono na ropień przynerkowy i bardzo mocne zrosty otoczki nerki z otaczającemi tkankami. Postanowiono usunąć nerkę podotoczkowo. Nacięto otoczkę własną od jednego bieguna do drugiego, wyłuszczono miąższ nerki do miedniczki, na miedniczkę nałożono ściskadło Izrael'a, pod nim nałożono podwiązkę z bardzo mocnego jedwabiu i po zdjęciu ściskadła nad podwiązką odcięto nerkę; wówczas, mając dobry dostęp do szypuły, pod pierwszą podwiązkę nałożono na stałe drugą i usunięto nad nią resztki miąższu i miedniczkę.

Po wprowadzeniu paska gazy wioformowej do szypuły ranę zaszyto. Zagojenie bez powikłań.

Jest to szósty przypadek podotoczkowego wycięcia nerki, przez L. operowany. W trzech przypadkach gruźlicy nerki i w dwuch przypadkach roponercza L. musiał się uciec do tej metody z powodu silnych zrostów między otoczką własną

i otaczającemi ją tkankami. Zmusiła L. do operacji tą metodą obawa przed otworzeniem i zakażeniem otrzewnej i przed uszkodzeniem sąsiednich narządów. Wobec trudności podwiązania szypuły przy tej metodzie w jednym z tych przypadków, gdzie szypuła była bardzo szeroka i gdzie nie udało się nałożyć podwiązki jedwabnej, L. zmuszony był do pozostawienia ściskadła Izrael'a na 2 doby. Po dwóch dobach, kiedy usunięto ściskadło, krwawienia z szypuły nie było. Przypadek ten skończył się wyzdrowieniem.

B. Endelman. **Przypadek roponercza, wywołanego dwoinkami Neisęra o niezwykłym przebiegu klinicznym** (Z oddz. A. Wertheima).

T. R., l. 30 przywieziony z objawami silnych bólów w brzuchu i trudności w oddawaniu moczu. Przed tygodniem kąpał się w Wiśle i skoczył do wody na brzuch. Od tego czasu bóle w okolicy pęcherza moczowego i cewki. Lekarz stwierdził ropny wyciek, postawił rozpoznanie wiewióra.

T^{0} wzrastała, bóle się wzmagały. — St. ob. 14.VIII. 27: w jamie brzusznej guz chełboczący, sięgający od spojenia łonowego aż na 2 palce powyżej pępka, w całej prawej $^{1}/_{2}$ brzucha. Próbne nakłucie: ropa; w niej bezpośrednie badanie stwierdza liczne gramoujemne bakterje typu gonokokkowego. Posiew zwykły jałowy. Operacja; kolosalne roponercze; miąższ nerkowy całkowicie zniszczony (worek z ropą). Po pewnym czasie wypisany z przetoką ropną.

Po roku przybył powtórnie (przetoka się nie zamykała). Stwierdzono wówczas połączenie jamy ropnej z pęcherzem przez szeroki moczowód; E., operacyjnie starał się przerwać to połączenie; w zabiegu przeciął moczowód i podwiązał dopęcherzową jego część jedwabiem, Zabieg nie doprowadził do skutku; E. po pewnym czasie przekonał się, że nadal moczowód jest drożny i mocz z pęcherza wydziela się częściowo przez przetokę pooperacyjną. Wówczas po raz trzeci pacjent był operowany, wycięto cały moczowód aż do samego pęcherza. Gojenie pooperacyjne było powikłane odejściem przez cewkę kamienia o kształcie bobu. I po ostatnim zabiegu jama ropnia jednak nie zamknęła się; ropa nadal wycieka w dużej ilości nazewnątrz. Zdjęcie Rtg. wykazuje połączenie jamy ropnej z uchyłkiem cewki o kształcie bobu, w którym widocznie leżał kamień wydalony. Chorego oczekuje jeszcze jeden zabieg: przerwanie drogi, prowadzącej z jamy ropnia do uchyłka cewki i wycięcie tego uchyłka E. podkreśla wyjątkową rzadkość przebiegu klinicznego przypadku a zwł. z punktu widzenia bakterjologicznego. W piśmiennictwie E. spotkał tylko opis 34 przypadków ropnego zakażenia nerek, wywołanych dwoinkami Neisera.

Lewinson. **Przypadek guza pęcherza moczowego leczony elektrokoagulacją „a vessie ouverte“.** (Z oddz. M. Lubelskiego).

Chory, l. 55, przed dwoma laty zauważył, że mocz jest krwawy; krwawienia zjawiały się, ustępowały; od roku trwają ciągle. Blady i bardzo osłabiony wskutek utraty krwi. Wziernikowaniem pęcherza moczowego stwierdzono guz, wielkości dużego orzecha włoskiego, na dnie pęcherza u ujścia lewego moczowodu. Z powierzchni guza zwisają liczne brodawki. Błona śluzowa reszty pęcherza bez zmian. Guz mocno krwawi szczególnie po wprowadzeniu instrumentu. Wygląd guza przemawiał za łagodnym charakterem jego; potwierdziła to pneumocystografja. Jest to bardzo ważna pomocnicza metoda rozpoznawcza; pęcherz moczowy wypełnia się wyjałowionym powietrzem, a następnie wykonywa się zdjęcie prom. Rtg. Powietrze daje na kliszy dodatni czarny cień, a guz tworzy ubytek w tym cieniu Na rentgenogramie widać wyraźnie kontury guza, jego podstawę i stosunek do ściany pęcherza podstawa jest wąska, guz niema znamion naciekowego. L. okazuje inny rentgenogram przedstawiający guz złośliwy, infiltrujący ścianę pęcherza. W danym przypadku guz był łagodny. Metodą wyborową w leczeniu nowotworów łagodnych pęcherza moczowego jest dziś elektrokoagulacja wewnątrz-pęcherzowa, wprowadzona w roku 1911 przez amerykańskiego urologa Edwina Beema. Metoda ta była w danym przypadku również stosowana przez L. i drugiego kolegę, lecz nie doprowadziła do celu, gdyż duży rozmiar guza i trudności techniczne stały temu na przeszkodzie. Chory był też bardzo wykrwawiony. Wybrano metodę operacyjną, otworzono pęcherz cięciem nadłonowem, usunięto guz. Ponieważ odcinanie guza nożem powoduje wszczepienie cząsteczek tego guza w śluzówkę i silne krwawienie, L. postąpił tu odmiennie 12.X 29. Uśpienie eterowe. Odsłonięcie pęcherza na znacznej przestrzeni, szerokie cięcie poprzeczne jego. Wziernikowanie uwydatniło guz na szypule. L. guz ujął w klamp Kremayera, asystent pociągnął za klamp tak, aby uwydatniła się szypuła i naciągnęła się błona śluzowa, przylegająca do szypuły; elektrodą w kształcie noża, włączoną do aparatu diatermicznego (elektroda szeroka znajdowała się pod chorym) L. przeciął śluzówkę naokoło guza i w ten sposób guz odciął. Tą samą elektrodą wypalono całą pozostałą lożę wgłąb aż do mięśniówki. Pęcherz L. zamknął szwem ciągłym i Lambertowskim, pozostawiając w pęcherzu cienki dren. Pooperacyjne zapalenie płuc. Na ósmy dzień założono cewnik na stałe. Krwiomocz ustąpił zaraz po operacji. Po 3 tyg. chory oddawał mocz samoistnie. Badanie wykazało brodawczak, w niektórych miejscach w zwyrodnieniu złośliwem. Cysto

skopja (w 2 miesiące po operacji) nie wykazała nawrotu. Jest to czwarty przypadek operowany przez L. tym sposobem; zawsze wynik był dobry.

Schmorak. **Rzadki przypadek zastarzałego zwichnięcia i złamania główki kości ramieniowej z wynikiem dodatnim po zachowawczem leczeniu.** (Z oddz. A. Wertheima).

I. A., l. 62, spadł 30.X.29 z drabiny. Przez 5 tygodni leczono go smarowaniami i okładami na prowincji. W Warszawie (dr. Tonenberg) rozpoznano złamanie szyjki kości ramieniowej. Rtg. wykazał prócz tego zwichnięcie szyjki podkrucze; guzek większy złamany na dwoje i przesunięty ku tyłowi

9.XI.29—więc 6 tygodni później—próba konserwatywnego leczenia, uwieńczona pomyślnym skutkiem. W uśpieniu ogólnem przebito olecranon lewe klamrą Steinmana, którą połączono zapomocą sznurów ze śrubą Lorentz'a. Przez powolne działanie udało się wyłączyć główkę ze silnych zrostów. a przez ucisk ręczny ze strony pachy zdołano odprowadzić główkę na normalne miejsce.

Już po 2 godzinach chory mógł ręką władać, czego przedtem z powodu zwichnięcia czynić nie mógł Z wyjątkiem lekkiego obrzęku żadnych bólów, ani przedewszystkiem mnogich porażeń, tak częstych przy nastawieniu mniej delikatną metodą. W świeżych przypadkach metoda ta stosowana była, z modyfikacją pewną przez Böhlera we Wiedniu. W zastarzałych przypadkach dotychczas zawsze żądano krwawego zabiegu, ponieważ, jak Sch. sądzi na mocy dostępnego mu piśmiennictwa żadnym zachowawczym sposobem to się dotąd nie udawało. Poprawie postępującej sprzyjało racjonalne leczenie, uzupełniające na oddziale fizjoterapeutycznym szpitala.

W rozprawie Rotstadt podkreśla tu odosobnione porażenie tylko n. axillaris, względnie m. deltoideus sin., w związku ze zwichnięciem główki kości ramieniowej, albo jej nastawianiem. Zazwyczaj porażenie takie spostrzega się wtórnie rzadziej niż porażenie łączne lub oddzielne inn. nerwów splotu barkowego (promieniowego, łokciowego, pośrodkowego i t. p.) w przypadkach zaniedbanych zwichnięć, późno wprawianych, wzgl. zbyt brutalnie lub niesprawnie wykonanych. Bezwład m. naramiennego lewego ma tu cechy zanikowe z objawami częściowego odczynu zwyrodnienia (drażnienie z punktu Erba prądem faradycznym daje wyraźny ślad skurczu mięśnia naramiennego lewego). Wszystkie 3 części jego na drażnienie bezpośrednie prądem faradycznym nie odpowiadają skurczem;

skurcz (nie wiotki) z drażnienia prądem galwanicznym daje tu rokowanie wzgl. dobre. Najprawdopodobniejszą przyczyną odosobnionego porażenia n. axillaris sin. było tu rozciągnięcie nadmierne jego (b. może nieuniknione) w czasie zabiegów.

Sprawozdanie z posiedzenia w dniu 10 stycznia 1930 r.

Przewodniczył Sołowiejczyk.

E. Luxenburg i Gombiński. **Przypadek obustronnego złamania wyrostka stawowego żuchwy, powikłanego zwichnięciem po stronie prawej**. (Z oddz. M. Lubelskiego).

G. A., panna, l. 25, umysłowo chora; 1.XI.20 wyskoczyła z II piętra na podwórze, uderzając podbródkiem o trzepak. Chorą przytomną, w stanie dość ciężkim, przywieziono do szpitala.

Stan ob.: usta zamknięte, żuchwa opiera się tylnemi trzonowcami o trzonowce górne; przemieszczenie w trzech płaszczyznach: żuchwa przechylona w lewo, cofnięta do tyłu; przednia część trzonu odciągnięta ku dołowi, tylna ku górze. Pozatem dwie rany tłuczone podbródka, wybicie i złamanie 2.1.1.2.3.4, złamanie zewnętrznej blaszki wyrostka zębodołowego w obrębie 1.2.3.4.5, złamanie obustronne wyrostka stawowego żuchwy, liczne rany śluzówki przedsionka i złamanie kości udowej. Rentgenograficznie, prócz powyższego, stwierdzono zwichnięcie żuchwy po stronie prawej.

Po usunięciu złamanych zębów, zmiażdżonych części śluzówki i ustaleniu odłamka wyrostka zębodoł. szczęki górnej, zdjęto wyciski z obu szczęk w celu przygotowania szyn wyciągowych i ustalających systemu Schröder i Angle'a z wyciągowemi gumkami Heitmillera. Na $\frac{7|7}{7|7}$ nałożono rurkowe bandaże, przez rurki przeprowadzono szyny, które przewiązano drucianemi pętlicami do zębów. Gumki wyciągowe nałożono na przylutowane przyczepki do szyn: dwie po stronie prawej, 1-ną po środku i 1-ną po stronie lewej. Brakujące zęby w górnej szczęce dla utrzymania szyny zastąpiono odpowiednio skonstruowanym czepcem drucianym, nałożonym na głowę, który z boków zwisającemi pętlicami z bandaża przymocowano pod pachami; dźwig, przylutowany z przodu do czepca, służył do utrzymania szyny górnej na odpowiedniej wysokości. Repozycję osiągnięto zupełną zaraz po nałożeniu gumek Zrost zupełny nastąpił w pięć tygodni, z których dwa w unieruchomieniu zupełnem — trzy w połowicznem. Żuchwa funkcjonuje prawidłowo.

Rothaub. **Osteochondritis juvenilis coxae—Morbus Perthesi, Legg, Calvé.** (Z oddz. A. Wertheima).

Przypadek tem ciekawszy, że dotyczy 24-letniej kobiety, a objawy choroby Perthes'a spostrzega się przeważnie u dzieci płci męskiej (od l. 4 do 14). W lipcu 1929 r. rozpoczęło się drętwienie w prawej kończynie dolnej, chora zaczęła utykać. Po pewnym czasie bóle, szczególniej w chodzeniu.

Dawniej zawsze zdrowa, pracowala; w dzieciństwie ospa. St ob.: chodzi, lecz kuleje z bólów. Kończyna w znacznej addukcji; różnica długości kończyn dolnych do 1 cm. na niekorzyść prawej. Zginanie, prostowanie stawu biodrowego prawostronnego, + natomiast ograniczone znacznie jest odprowadzanie oraz rotacja k. pr. dolnej w stawie biodrowym i bolesne, T' normalna. W grę tu wchodziły, z jednej strony, Morbus Perthesi — z drugiej, zapalenie szpiku kostnego gruźlica stawowa nowotwór, arthritis acuta, które badaniem klinicznem łatwo wyłączono. Decydujące znaczenie w rozpoznaniu tu choroby Perthes'a miały pozatem zdjęcia Rtg., które w zupełności potwierdziły diagnozę.

Chorobę tę prawie jednocześnię opisali w r. 1910 — 1913 Perthes, Legg, Calvé O przyczynach jej nic pewnego nie ustalono. Ponieważ choroba Perthesa doprowadza przeważnie do zniekształcenia główki kości biodrowej, więc zrazu utożsamiano też ją z osteoarthritis chronica deformans i uważano ją, jako okres wczesny tej choroby. Lecz brak postępujących zmian kostnych w chorobie Perthesa, wzgl. i zupełne wyleczenie jej (nawet i z niewielkich zmian stawowych), skłoniły do porzucenia przypuszczeń o analogji tych dwu cierpień.

Niektórzy za przyczynę sprzyjającą uważali tu uraz, wzgl. uszkodzenie naczyń, a stąd zaburzenia odżywcze. Jednak i ten pogląd nie ostał się; po urazach nprz. ze złamaniem szyjki kości biodrowej, ma się bez wątpienia również do czynienia z uszkodzeniem naczyń a jednak nie spostrzega się obrazu takich zmian, jak w chorobie Perthesa. To, że występuje ona w wieku młodzieńczym, dało powód do przypuszczenia, że są to być może skutki krzywicy, wzgl. krzywicy późnej; histologiczne preparaty przemawiają przeciw temu.

Nie utrzymała się też hipoteza o zakaźnem pochodzeniu. Badania anatomo-patologiczne, b. skąpe, stwierdzają, że otoczka chrząstkowa pozostaje nawet w ciężkich przypadkach niezmieniona.

Perthes podaje, jako najbardziej charakterystyczne, zmiany: liczne wysepki z tkanki chrzęstnej w przestrzeni pod otoczką chrzęstną, ogniska rozrzedzenia substancji gąbczastej

kości oraz zanik szpiku kostnego kosztem tkanki tłuszczowej o małej ilości elementów komórkowych. Rokowanie tu dobre. Przeważnie następuje restitutio ad integrum. W pojedyńczych przypadkach powstaje zniekształcenie kości i lekkie chromanie. Zesztywnienie stawu — rzecz rzadka. Terapja wyłącznie objawowa. W danym przypadku zastosowano należyte ustawienie oraz gips na kilka tygodni; następnie leczono chorą fizykalnemi zabiegami (na Oddz. dr. Rotstadta) z wynikiem dodatnim; wskazane też leczenie klimatyczne. Aparaty odciążające zbyteczne. Choroba trwać może do 4 lat.

W y s z o g r ó d i G o m b i ń s k i. **Przypadek złamania postrzałowego żuchwy, powikłanego przedziurawieniem podniebienia** (Z oddz. A. W e r t h e i m a).

Mężczyzna 42-letni; 19.XII.29 roku postrzelenie z rewolweru w twarz. Pocisk przebił lewą szczękę górn.; rana wyjściowa o 2 cm. niżej dolnej powieki lewej; wylew krwawy do lewej jamy Highmor'a, przebicie przegrody nosa, twardego podniebienia w prawej 1/2, złamanie żuchwy nieco do przodu od prawego kątu; kula zatrzymała się na prawej 1/2 szyi tuż pod skórą. Zmiany te potwierdzono Rtg..

10-go dnia założono na uzębienie szczęk szyny ortodoncyjne, 13-go usunięto w znieczuleniu miejscowem kulę rewolwerową z pod skóry szyi; w ranie operacyjnej nieco ropy. Pokaz uzupełnia G o m b i ń s k i następującemi uwagami. Linja złamania, jak pokazał rentgenogram, szła przez zębodół 8| (ząb został wybity kulą). Skośnie, od przodu ku tyłowi, przez kąt żuchwy, w miejscu przyczepu mięśni: żwacza i skrzydło w. wewn.. Przemieszczenie odłamków było nieznaczne, większego w płaszczyźnie poprzecznej (czołowej), spowodowanej przewagą m. skrzydłowego zewnątrz po str. zdrowej mniejszego tylnego z gałęzią wstępującą w płaszczyźnie strzałkowej ku górze, skutkiem skurczu mięśni: żwacza, skrzydłow. wewn. i skroniow. Linja środkowa międzysieczna żuchwy przebiegała w połowie |1. Z 4-ch rodzajów przyrządów ortopedycznych dla złamań kąta żuchwy: krzywej-pochyłej S a u e r a, posuwistej i szyny z pelotą S c h r ö d e r a i wyciągowej H e i t m i l l e r a, ten ostatni G. zastosował w przypadku przytoczonym. Przy uzębieniu $\frac{8\ 7\ 6\ 5\ 4\ 3\ 2\ 1\ |\ 1\ 2\ 3\ 0\ 0\ 6\ 7\ 0}{0\ 0\ 0\ 0\ 4\ 3\ 2\ 1\ |\ 1\ 2\ 3\ 4\ 5\ 0\ 7\ 8}$ G. nałożył na obie szczęki szyny z półokrągłego drutu, które przymocował do poszczególnych zębów pętlicami z drutu ortodoncyjnego grubości 0,5 mm. Gumkę wyciągową nałożył po stronie złamanej przy 5| i 4|, przyczepiając ją do skrętów pętlic drucianych. Repozycja nastąpiła zaraz po nałożeniu gumki wycią-

gowej. Żuchwę uruchomiono, przewiązując szyny drutem na przeciąg 2-ch tygodni, po których upływie nastąpi połowiczne uruchomienie na następne dwa tygodnie.

Juljan Fliederbaum. **Przypadek żółtaczki hemolitycznej, leczony promieniami „X“ i preparatem z żołądka** (Z oddz. G. Lewina).

H. W., l. 36, przybył 28. XI. 29 r. Od 3 miesięcy miewa po po wzruszeniach psychicznych oraz po oziębieniu napady bólów w lewem podżebrzu; traci przytomność. Po napadach nasilająca się żółtaczka spojówek i skóry, a mocz nabiera koloru żywo-czerwonego. Gorączki nie miał. Stolec — prawidłowo zabarwiony. Swędzenia skóry nie miał. Badanie krwi, przeprowadzone przed przybyciem na oddział dwukrotnie w odstępach miesięcznych wykazały postępującą niedokrwistość 3.650 000. W czasie choroby stracił na siłach; nie schudł. Rodzice zmarli w wieku podeszłym; matka na raka żołądka. Rodzeństwo zdrowe, żona zdrowa, nie roniła; 3-je zdrowych dzieci. Dawniej zawsze zdrów. Nie pije, nie pali, chorób wenerycznych nie było.

St. ob. Budowa prawidłowa. Odżywienie nie złe. Stan bezgorączkowy. Tętno 90, miarowe, prawidłowo wypełnione i napięte (ciśnienie krwi RR 130/70). Spojówki i skóra żółtaczkowo podbarwione. Język obłożony, wilgotny. Układ nerwowy +. Gruczoły chłonne +. Układ kostno-mięśniowy +.

W narządach klatki piersiowej — poza lekkim podmuchem skurczowym nic szczególnego. Wątroba twardawa, niebolesna, gładka i o brzegu gładkim, zaokrąglonym — wystaje o 2 palce z pod łuku żebrowego; śledziona — twarda, niebolesna, gładka, o brzegu zaokrąglonym, wystaje o 15 mm z pod łuku żebrowego, ku górze sięga do górnego brzegu 8-go żebra, ku zewnątrz do linji pachowej, ku wewnątrz — do kresy białej. Narządy płciowe +. Gruczoły dokrewne (badania kliniczne i laboratoryjne) +.

Mocz: c. g. 10.15, żółty, urobilinogen wybitnie zwiększony, barwiki żółciowe i kwasy żółciowe nieobecne, pozatem +.

Pirquet Wasserman (—). Treść żołądkowa (po próbnem śniadaniu Ehrmana): typ wydzielania żołądkowego prawidłowy, kwasota maksymalna po 60 min.: L — 40, A — 60, pod drobnowidzem — norma. Stolec żółto-brunatny, próba aldehydowa Ehrlicha w wyciągu alkoholicznym — wykazuje dużą zawartość urobilinogenu; po 24 godz. próbie sublimatowej Schmidta — kał zabarwia się na czerwono (urobilina); badanie drobnowidowe +. Rozbiór krwi: krzepliwość — 12 min., czas krwawienia — 5 minut, ilość płytek Bizozero — 160.000; hemoglobiny 60%, krwinek czerwonych —

3.150.000, białych — 13,500, obojętnochłonnych 64%, limfocytów 32%, monocytów 2%, kwasochłonnych 2%; anizomikrocytoza, poikilocytoza, lekka polychromotofilja; wśród krwinek czerwonych 2%, retikulocytów (karmienie przyżyciowe brillankrezylblauem); oporność krwinek zmniejszona początek hemolizy przy 0,55% NaCl, hemoliza zupełna przy 0,35 NaCl (w normie początek 0,42%, całkowita 0,3% NaCl.) Surowica krwi: żółto-zielonkawa, odczyn Hymansa: v. d. Bergha — bezpośredni ujemny, pośredni dodatni; ilość bilirubiny we krwi 30 mg. %; kwas moczowy 50 mgr. %.

. Wobec typowego obrazu klinicznego, po wyłączeniu innych schorzeń — Fl. rozpoznał tu żółtaczkę hemolityczną — i to typu nabytego Widala-Hayema (brak schorzeń analogicznych w rodzinie, brak cech zwyrodnieniowych).

Pacjent nadawał się więc do wycięcia śledziony, jedynego zabiegu, który w stanach tych daje poprawę. Wobec jednak postępującej niedokrwistości — oraz wobec sprzeciwu chorego — na razie postawiliśmy sobie za zadanie przygotować chorego do ciężkiego zabiegu. W tym celu zaczęliśmy naświetlać mu rentgenem śledzionę oraz podawać pożywienie obfite w witaminy (jarzyny, owoce) oraz wątrobę (wg. Murphy i Minot). Po 3 tygodniach takiego postępowania stan się nie poprawiał, a raczej się pogorszył, gdyż występowały nowe napady opisanych powyżej „crises" śledzionowych Badanie krwi ponowne wykazało dalszy spadek hemoglobiny do 40% i krwinek czerwonych do 3.850 000.

Pacjent nadal nie zgadzał się na zabieg a i stan ogólny na to nie pozwalał; zaczęliśmy mu podawać suszony i odtłuszczony żołądek w ilości 15 gr. dziennie w rosole lub herbacie (preparat przyrządziła na nasze żądanie firma L. Spiess wg. przepisu Sharpa, Sturgisa i Isaacka (Jurn. Amer. Med. Assoce. T. 93, Zesz. 10, 7, IX. 1929 r.). Żołądek rzeczywiście wpłynął dodatnio na stan chorego; od czasu spożywania go pacjent nie dostawał więcej napadów śledziono wych, a stan krwi już po tygodniu znacznie się zmienił na korzyść — ilość hemoglobiny zwiększyła się do 70% (!), ilość krwinek czerwonych do 4.500.000 (!). Stan ten nadal się poprawia. W dniu pokazu ilość hemoglobiny jest równa 90%, krwinek czerwonych jest 6.000.000 w 1 mm^3, wzór leukocytowy zmianie nie uległ, znikły natomiast anizomikrocytoza, poikilocytoza, polichromatofilja. Żółtaczka jest jeszcze, choć zmniejszyła się znacznie, znikł z moczu urobilinogen, zmniejszyła się ilość bilirubiny, w surowicy krwi 22 mg. %. Najciekawszym tu zjawiskiem jest poprawa w oporności krwinek czerwonych: hemoliza częściowa przy 0.45% NaCl, całkowita przy 0,35% NaCl.

A zatem w przypadku żółtaczki hemolitycznej nabytej, o przebiegu ciężkim, w którym rentgen i dieta wątrobowa nie uzyskały poprawy, podawanie suszonego odtłuszczonego żołądka w ilości 15 gr. dziennie usunęło objawy niedokrwistości (analogja do badań wspomnianych autorów amerykańskich) oraz wpłynęło na istotę schorzenia w sensie dodatnim (zwiększona oporność krwinek, czego nie uzyskuje się nawet po wycięciu śledziony, i zjawiska tego dotąd nikt nie spostrzegał). Wobec zachęcających wyników dotychczasowych będzie się chorego nadal w ten sposób odżywiało oraz przeprowadzi się (wspólnie z kol. H. Landauem) badania analogiczne nad przypadkami niedokrwistości złośliwej i wtórnej.

Orliński i Wolff. **2 przypadki encephalomyelitis epidemica disseminota** (Z odz. Flataua).

A. W., l. 17, przybyła na oddz. 9 XII 29 r. ze skargami na bóle w kk. dd. i prawej k. g., na osłabienie tych kk. i na chwiejny chód. Przed 8 tygodniami — dreszcze, t^0 wyżej 39^0, bóle głowy i brzucha, mdłości. Przed 8—9 dni t^0 powyżej 38^0, potem krytyczny spadek, zaczęła się poprawiać, lecz po 2 tygodniach, gdy wstała zauważyła, że chód jest utrudniony. Parę dni potem — bóle w kolanach i parestezje na przednio-bocznych powierzchniach ud i goleni. Osłabienie kk. i bóle wzmogły się, wystąpiły parestezje w kk. górnej prawej i osłabionie. Przed 2 laty — appendectomia, po której w przeciągu 3 dni — zaburzenia oddawania moczu. Przed rokiem — schorzenie wątroby i grypa, Przed 5 l. pneumonia. W dzieciństwie dyzenterja. Menses nieregularne, co 3 — 5 tygodni.

St. ob: Budowa prawidłowa, odżywienie dobre. Narządy wewnętrzne bez zmian. Tętno 100. T^0 37^0. Mocz oddaje prawidłowo, zaparcie stolca (3—5 dni). Objawów oponowych niema. Zrenice i dno oczu — bez zmian. Nystagmoidne ruchy gałek — przy spojrzeniach bocznych. Próba koloryczna ujemna. Lekki niedowład dolnej gałązki pr. n. twarzowego. Osłabienie czucia. dotyku i bólu na pr. ½ twarzy. Kk. górne. Napięcie osłabione, siła ruchów też więcej w odcinkach proksymalnych i po str. prawej więcej, niż lewej. Diadochokineza — niesprawna. Próba; palec nos — po prawej stronie ujawnia bezwład. Odruchy: ztriceps — zachowane; periostalne i radialne = o; ulnarne — słabe; Abd słabe, prawe — słabsze. Kk. dolne: siła osłabiona, wyżej po str. prawej i w odcinkach dośrodkowych. Napięcie — normalne. PR — b. słabe, przy kaszlu wyraźniejsze. AR — b. słabe. Areflexia plantae — z obu stron. Rossolimo (—). Bolesność mięśni kk. dolnych na ucisk. Czucie wszystkich rodzajów — zachowane. Siada z trudem, opierając się rękami o posłanie,

napina mięśnie tłoczni brzusznej. Pirquet ++; Wass. we krwi i płynie — ujemne. Płyn m. rdzeniowy; bez pleocytozy, NAp. (—). Białka — 0,16°/₀₀; cukru — 0,01°/₀₀. Krew cytol: Hb. 72%, cz. c. — 6.510.000. B. ciał. — 7.300 (N—61%, L—34%. P — 5%). Elektryczne zmiany tylko ilościowe. Mocz—norma.

Podczas pobytu na oddz. osłabienie kk. się wzmogło, parestezje w kk. dolnych i prawej górnej — trwają; zaparcie stolca. Senna, ale spać nie może. Tętno — 108. Łyka — źle. Czucie bólowe, nieco osłabione po str. prawej.

II. L. B., lat 10. Przybył na oddz. 19.XII 29. Przed 4-ma tygodniami — ciąg tyg. angina. Po niej w ciągu 2-ch tygodni czuł się dobrze — chodził do szkoły, od czasu do czasu bóle głowy, kłucie przy oddawaniu moczu. Przed tygodniem silne bóle głowy; dwojenie, drętwienia w kończynach górnych i dolnych. Zaparcie stolca. Mocz oddawał prawidłowo, ale odczuwał bóle. W ciągu 4-ch dni — t^0 dochodziła do 38—37^{05} Przed 3-ma dniami wymioty, mowa — niewyraźna, zamazana, nosowa. Osłabienie słuchu. T^0 do 37^5 wieczorami. Zatrzymanie zupełne moczu. W dzieciństwie — odra.

S t. o b.: wzrost odpowiada wiekowi, odżywienie dobre. Narządy wewnętrzne — bez zmian. T^0 37_0. Tętno — 96 niemiarowe, słabo napięte. Objawów oponowych niema. Gałki oczne nieruchome w kierunku bocznym obustronnie ku górze ruch sakkadowany, ku dołowi i zachowany. Zrenice i dno oczu — norma. Prawa szpara oczu nieco większa. Pareza prawego n. twarzowego. Czoła nie marszczy z obu stron. Język — suchy, obłożony: ruchy zachowane. Podniebienie miękkie unosi słabo przy fonacji. Mowa niewyraźna z odcieniem nosowym. Łyka dobrze. Słuch — osłabiony z obustron, więcej po str. lewej. Kk. górne i dolne — pod wzgledem siły mięśniowej, ruchów i napięcia — większych zmian nie wykazują, tylko lewa kończyna górna opada i chwieje się, a unoszenie kk. dolnych — utrudnione. Próba palec — nos, pięto kolano — wykazuje dysmetrję i ataksję. Diadochokineza — niezgrabna. Bolesność nerwów i mięśni na ucisk. Odruchy periostalne i ztriceps = 0; prawy brzuszny dolny — minimalny. Cremaster +; PR — b. słabe, AR — b. słabe. Areflexia plantae po lewej. Babiński zaznaczony po lewej. Ross. = 0. Czucie dotykowe i bólowe — norma. Chory zlekka zamroczony, senny. Silne bóle głowy, zatrzymanie moczu. Mocz — norma. Diazo — ujemne. K r e w — Hb—80%. czerw. ciał. — 3.940.000. b. ciał. — 10,800; N. — 66%. L — 20%, P. — 13% E — 1%. Posiew krwi — ujemny. Krew W i d a l, P.A.B.C. i W e i l F e l i k s — ujemny. Wass. we krwi i płynie — ujemne. P. Lumb. Płyn. 5 Limfoc., N. — Ap. +, Guillain — ujemny. Białka — 0,16%, cukier — 0,98%. Posiew — ujemny. Następ-

pnego dnia po przybyciu sam oddał mocz. Następnie wystąpiła ogólna poprawa, bóle głowy ustąpiły. 2 tygodnie po przybyciu na oddz. — pozostało: drętwienie w lewej dłoni i palcach lewej kk. dolnej; par. n. abducentis dekxtr. Przy spojrzeniach bocznych ku górze — oczopląs, ustąpiła asymetrja twarzy Słuch — mowa poprawiły się. Ataksja nieznaczna w lewych kończynach. Diadochokineza upośledzona po lewej stronie objaw koła zębatego. Odr. periostalne: ulnarne +, radialne —, z triceps słabe. Abd — górne +, środkowe (?), dolne = 0; Cremaster +, PR, AR — słabe. Areflexia plantae. Babiński. Rossolimo = 0. Cięcie pr. prawidłowe. Próba Babińskiego na asynergję móżdżkową wybitnie dodatnia. Chód — chwiejny, ataktyczny. w chodzeniu bocznem chyli się w prawo. Analizując powyższe przypadki, stwierdza się nagły początek. stan gorączkowy, zajęcie wielu nn. obwodowych oraz ośrodkowego układu nerwowego, szybie przemijanie objawów niektórych, jak to miało miejsce w 2-im przypadku, uporczywość parestezji. Wszystko to przemawia za rozsianą sprawą zapalną w układzie nerwowym o charakterze encephalo-myelitis disseminata.

W rozprawie Flatau omawia teoretyczne znaczenie tego cierpienia i przytacza jego najcharakterystyczniejsze cechy. Nawiązując do śpiączki, Fl. podnosi znaczenie zarazka chorobotwórczego virus filtrant w obu sprawach. Rozpoznawane dawniej często omyłkowo gruźlicze zapalenie opon z zejściem pomyślnem najprawdopodobniej podpada pod t. zw. meningitis aseptica tej samej kategorji cierpienia. Również i poszczególne odmiany neurologiczne, a zwłaszcza neurologia w obrębie n. glossopharyngnheus i gangl. spheno - palatinum zarówno jak bardzo uporczywe neuralgje w obrębie plexus brachialis z dodatnim objawem Rossolimo, należałoby zaliczyć do cierpienia tego samego pochodzenia, tego samego zakażenia. Zastanawiający jest w ostatnich latach znaczny przyrost, notowany w kielu klinikach zagranicznych, zarówno jak na oddziale Flataua, sclerosis multiplex. Aczkolwiek trudno narazie bliżej określić łączność ściślejszą między obu cierpieniami, to jednak można przypuścić, że pod wpływem virus filtrant, którego nosicieli jest wielu, sclerosis multiplex występuje o wiele częściej, tak samo jak pod wpływem sensibilizacji ustroju i odmian biologicznych zarazka wytwarzają się częściej najrozmaitsze cierpienia nerwowe.

S. Schmorak. **O zmodyfikowanym sposobie usztywnienia stawu skokowego**. (Z oddz. A. Wertheima; przeznaczone do druku).

Sprawozdanie z posiedzienia w dniu 31 stycznia 1930 roku.

Przewodniczył Zamenhof.

E. Herman. **Rodzinna postać choroby Oppenheima — Myatonia congenita.** (Z oddz. E. Flataua).

R. Zajf., 11 m., przybył 16.I.30 r. Urodził się na czas; poród normalny; w ciąży matka czuła ruchy płodu prawidłowo. Żadnych chorób nie przechodził Do V m. jakoby wykonywał ruchy kończynami lepiej, a od VI m. ruchy uległy znacznemu osłabieniu, zwł. w kończynach dolnych. Jest 6-ym dzieckiem. I ciąża — 17-letni syn, zdrów; II ciąża — chłopczyk, zmarł po 1 r. 10 m., jakoby na krzywicę; III ciąża — poronienie; IV ciąża — córka, zmarła w 6-ym r. życia (badana była przez dra Flataua), od urodzenia nie chodziła; stwierdzono wybitny zanik kończyn dolnych, brak ruchów tych kończyn; osłabienie ruchów w kończynach górnych; brak odruchów PR i AR; zniekształcenie kręgosłupa; V ciąża — chłopczyk 7-letni zdrów; VI ciąża — pacjent. Przedmiotowo: czaszka z tyłu ścięta; wymiary: obwód — 46,5 cm., strzałkowy — 28 cm., skroniowy -- 28 cm. Zrenice, dno oczu — prawidłowe. Słuch wzrok — zachowane. Pozycja na wznak. Ruchy w kk. górnych osłabione; w kończynach dolnych — w biodrach — brak, w kolanach — ślad, w stopkach — dość obszerne. Zupełna wiotkość mięśni kk. dolnych, można kończyny dolne założyć za uszy. Odruchy ścięgnowe i okostnowe — o; brzuszne — o; podeszwowe — areflexia; obj. Babińskiego i Rossolimo niema. Nie może siedzieć, pada we wszystkie strony, główkę z trudem utrzymuje. Postawiony — zapada się, jak scyzoryk. Elektrycznie: mięśnie kk. d. na prąd przerywany nie odpowiadają—przy zachowanem, lecz osłabionem, oddziaływaniu na prąd stały; bez reakcji zwyrodnienia.

Przypadek II, dotyczy dziecka Lan., l. 3, które przybyło na oddział 20.III.29. Jest 2-em dzieckiem. Pierwsze miało podobne objawy, zmarło w 4 m. życia. Mało porusza nóżkami i rączkami. Leży bezwładnie. Brak ruchów w kk. g. i d.; ślad ruchów w stopkach i rączkach. Odr. ścięgnowe i okostnowe — o. Babiński i Rossolimo (—). Zupełna wiotkość mięśni. Elektrycznie: na prąd przerywany mięśnie nie oddziaływują, na stały przy 15 MA. Wassermann we krwi matki i dziecka ujemny. Zajęcie głównie kk. dolnych, brak reakcji zwyrodnienia. Zaznaczona reakcja w mięśniach myatoniczna, symetrja, wczesne wystąpienie — pozwalają odróżnić tę chorobę od postaci Werdnig-Hoffmanna. Postać rodzinną choroby Oppenheima opisali między innemi Silvestri, Sorgente

i Beevor, Sheldon, Gerskowicz i Gordon, a ostatnio Bielschowsky z pośród 5 przyp. anatomicznych—2 u dwojga rodzeństwa.

Cytrynek. **3 przypadki pęchęrzycy.** (Z oddz. St Markusfelda).

I. Syd Ch., lat 29, na oddziale od 17.XII.1929. Zachorowała 4 tyg. temu; zaczęło się od bólu gardła, po 2 tygodniach pęcherze na ciele, wargach, a później i w jamie ustnej.

St. ob.: na tułowiu, kończynach górnych i dolnych wykwity o charakterze pęcherzy, wypełnionych treścią surowiczą przezroczystą, niektóre z treścią mętną, na podstawie skóry niezmienionej; prócz pęcherzy na łułowiu i kk. wykwity nieprawidłowo okrągłe, czerwone, wielkości złotego, na powierzchni pokryte skrzepami pękniętej powłoki pęcherzowej; na wargach strupy brunatne, na śluzówce jamy ustnej liczne ubytki. Obecnie stare wykwity na tułowiu i kończynach mają charakter tarczek okrągłych, czerwonych, o powierzchni suchej, pokrywającej się świeżym naskórkiem; obok nich nowe wykwity pęcherzowe na tle skóry zdrowej.

II. Pł. N., lat 53, w szpitalu od 30.XI.1929. Zachorowała 3 miesiące temu; przeziębienie, chrypka czas dłuższy, dolegliwości gardlane. Z czasem wykwity i w jamie ustnej.

St. ob.: na spojówce w prawym kąciku oka mały pęcherzyk; spojówka w tem miejscu mocno przekrwiona; błona śluzowa języka, podniebienia twardego i wargi dolnej miejscami bez nabłonka, skąd niewielkie, powierzchowne owrzodzenia, o dnie gładkim, przeważnie różowym, częściowo zaś pokrytym szaro-żółtawym nalotem. Na wargach strupki brunatnawe; na podniebieniu twardem w jednem miejscu widać kilka pęcherzyków z obwódką zapalną. Na skórze tułowia i kończyn nigdzie pęcherzy nie widać. Dopiero od 21.XII.1929 zaczęły się pojawiać początkowo na skórze pleców napięte pęcherzyki o treści przezroczystej, od tego czasu sprawa posuwała się, przybywały coraz to nowe pęcherzyki i pęcherze w dużej ilości, stare pęcherze pękały; skóra w tem miejscu miała cechy tarczek, nieco występujących ponad powierzchnię, czerwonych; miejscami jak na klatce piersiowej, tarczki zlewały się w przestrzenie pozbawione naskórka, o powierzchni czystej, czerwonej. W takim stanie chora znajduje się w chwili obecnej.

III. Zon. Est, l. 54. Pierwszy raz przybyła 23.VII 29. Zaczęło się wówczas od trudnego łykania pokarmów stałych i płynnych. Po paru tygodniach na plecach pęcherze pękały; okresy nasileń i zwolnień cierpienia.

St. ob.: na skórze uwłosionej głowy, na twarzy, tułowiu, brzuchu, plecach między łopatkami, pod sutkami, pod pachami, w pachwinach, na wargach sromnych większych — licznie rozsiane pęcherze (od orzecha włoskiego do jaja kurzego), napięte i spłaszczone, na skórze przeważnie niezmienionej; w dalszym rozwoju nadżerki żywo-czerwone po pękniętych pęcherzach. Z dna nadżerek zwł. pod pachami i pachwinach wznoszą się twory brodawkowate, jak lepieże płaskie. Powierzchnia ich pokryta jest treścią ropiastą, brudno-szarawą. Na śluzówce policzków, języka i warg drobne pęcherzyki. Taki ciężki stan chorej trwał do 18VIII. Od tego czasu poprawa, nowe wykwity już nie występowały, stare goiły się, pozostawiając na skórze ciemne, brunatne plamy.

Chora wypisała się bez objawów 3.XI 29. Powtórnie zgłosiła się na oddział po 7 tygodniach. Wówczas stwierdzono świeże wykwity w jamie ustnej i nadżerki po pękniętych pęcherzach pod pachami, pod piersiami i na wewn. powierzchni uda prawego. Stan ogólny chorej zadawalniający. Zasadniczym wykwitem jest więc tu pęcherz. Występował on na skórze pozornie zdrowej; u wszystkich tych chorych cierpienie zaczęło się od zaburzeń w jamie ustnej; u jednej w ciągu kilku miesięcy pęcherze utrzymywały się wyłącznie tam. Cierpienie ma tu charakter przewlekły, stan ogólny chorych gorszy jest w okresie wybuchu wykwitów, lepszy w okresie zwolnień. Objawy wskazane przemawiają za rozpoznaniem pęcherzycy, C. omawia b. szczegółowo trzy kategorje pęcherzycy; patogeneza jej nie jest jeszcze ustaloną. W rozprawie Higier omawia teorje o genezie pęcherzycy, wskazane przez prelegenta i zastanawia się nad metodami współczesnego leczenia pęcherzycy.

Markusfeld zaznacza, że w dermatologji już dość dawno została z grupy pęcherzyc choroba Duhringa. Co się tyczy patogenezy cierpienia sprawa pozostaje niewyjaśniona, w każdym bądź razie wyłączyć należałoby czynnik infekcyjny, który w pęcherzycy jest zawsze wtórny, a gorączka powstaje wskutek ropienia wytwarzających się pęcherzy. Przypuszczać należy, że pigmentacja skóry, tak często spotykana w pęcherzycy, powstaje wskutek stosowania arsenu. — M. stosuje salwarsan dożylnie i chininę per os M. zwraca w końcu uwagę na znamienny szczegół, że pęcherzyca rozpowszechniona jest zwłaszcza wśród semitów.

Schmorak. **Przypadek ciężkiego złamania obu podudzi.** (Z oddz. A. Wertheima).

Chory lat 60, murarz, spadł 16.XI 29 z wysokości 2 piętra. W stanie nieprzytomnym przywieziony na oddział. Blady

drobne tętno przyśpieszone, nieregularne; wymioty, objawy commotio cerebri.

Excitantia, lód na głowę, opatrunek prowizoryczny na kończyny dolne. Po kilku dniach poprawa stanu ogólnego; 20 listop. zdjęcie Rentg. wykazało po stronie lewej złamanie wielokrotne kości podudzia z dużem przemieszczeniem, po stronie prawej złamanie międzykłykciowe piszczeli i oderwanie eminentiae intercondyloideae.

Po stronie lewej wykonano w uśpieniu repozycję wyciągiem klamrowym i nałożono opatrunek gipsowy. Po stronie prawej zrezygnowano z unieruchomienia i leczono od początku funkcjonalnie: masaże, parówki, ćwiczenia ruchowe, kolana gimnastyka, wanny, Przed 14 dniami gips zdjęto, chory był następnie leczony na oddziale fizjoterapeutycznym dra Rotstadta.

S. pokazuje chorego, który zupełnie normalnie chodzi, bez skrócenia, bez bólu. Po stronie prawej tylko zupełne zgięcie jest jeszcze bolesne.

S demonstruje przypadek tylko dla wykazania, ze złamania eminentiae intercondyloideae, które jest miejscem przyczepu dla powięzi krzyżowych, daje zasadniczo złe rokowanie, o ile się nie otwiera operacyjnie stawu kolanowego i nie dośrubowuje oderwanej kości wzgl. o ile się nie wykona plastycznej operacji zastępującej w miejscu przyczepu więzów krzyżowych. — W tym przypadku — ze względów ogólnych operacja krwawa nie mogła być wykonaną, a jednak wynik jest w czasie stosunkowo krótkim doskonały.

W rozprawie Lubelski wskazuje sposób użycia klamer Hackenbrucha, stosowanych przez niego; w podobnych wypadkach L. stosuje. Aparat ten oddawna, zdobrym wynikiem wówczas, kiedy repozycja zwykła odłamków kości jest niemożliwa. W odpowiedzi Schmorak zaznacza, że klamry Hackenbrucha znajdują zastosowanie, gdy w grę wchodzi kierunek osi kości lub skrócenie jej w wyniku złamania. W danym przypadku warunki były inne, a wolny odłamek, który wstawił się między piszczelą a strzałką nie mógł być skorygowany przez zastosowanie powyższego aparatu. Zresztą takie ułożenie się odłamka kości zbiegiem okoliczności stało się tu korzystne, gdyż w najsłabszym miejscu piszczeli i strzałki wytworzył się, jakby pomost, który wzmacnia obie kości.

P. Goldstein. **Przypadek późnego ropnia podprzeponowego pochodzenia durowego.**

15-to letnia E. S. przechodziła przed 6-ma laty dur brzuszny (6-ciu tygodni); przebieg był podobno dość łagodny. Pozatem niechorowała. Od 2-ch lat menses.

Przed 2-ma laty nagle bez powodu ból w lewym boku, nie gorączkowała. Ból ten o rozmaitem nasileniu trwał z przerwami w ciągu blisko 2-ch lat. 4 tygodnie temu bóle nagle się znacznie wzmogły i wystąpiła gorączka, ogólne osłabienie, poty.

Przybyła do Warszawy; przyjęto ją na oddział wewnętrzny Dra Lewina; stwierdzono tam znacznie stłumienie po lewej stronie płuca od dołu; zrazu przypuszczano wysięk opłucnowy. Nakłucie próbne wykazało ropę. Badanie bakterjologiczne dało prawie czystą hodowlę laseczników Eberta (duru brzusznego), Zdjęcie Rtg. (Dr. Mesz) potwierdziło wówczas podejrzenie przytem, że mamy do czynienia z ropniem podprzeponowym. Operacja. Po usunięciu kawałków dwuch żeber (9^{20} i 10^{20}) po stronie lewej od przodu przecięto ropień podprzeponowy i wytamponowano. Przebieg pooperacyjny pomyślny, chora wyzdrowiała.

Wyjaśnienie tego przypadku nastręcza wielkie trudności. Podobnego przypadku w dostępnym Go piśmiennictwie nie znalazł. Należy przypuszczać, że laseczniki duru przechowały się w jamie brzusznej (drogi żółciowe, jelita lub gruczoły limfatyczne) około 6-ciu lat i w sprzyjających warunkach wywołały sprawę zapalną pod przeponą, przeniesione tam na drodze krwionośnej lub chłonnej.

Pokaz uzupełnia Dworecki, który demonstruje odpowiednie badania poczynione na rozmaitych podłożach, stwierdzające, że wychowane z ropy drobnoustroje okazały się czystym szczepem laseczników durowych, zachowujących się charakterystycznie pod względem morfologicznym, biochemicznym i serologicznym.

W rozprawie Szour, wychodząc z założenia, że dur brzuszny wywołuje znaną powszechnie odporność ustroju względem ponownego zachorowania, zastanawia się, w jaki sposób laseczniki durowe mogłyby po tylu latach na nowo wywołać cierpienie tembardziej, że chora zawierała w b. wysokim stopniu odporność w postaci zlepników z surowicą wysokowartościową. Abramowicz sądzi, że w danym przypadku może zbyt dowolnie wiążemy sprawę ropnia podprzeponowego z przebytym durem brzusznym. Chora — być może — była tylko od niedawna jego nosicielką, nie zdradzając żadnych objawów tyfusowych, co zdarza się nierzadko; ropień zaś, który się wytworzył, należałoby, wiązać z utajonem zakażeniem ustroju, niedawno nabytem. Higier wprowadza pojęcie aktywizacji; kazda nowa infekcja jest w stanie nasilić pozornie wyleczoną poprzednio chorobę. Ale wobec szczególnych warunków topograficznych ukrytego tu ropnia, Higier zapytuje, czy nie nale-

żałoby tu pomyśleć o zależności cierpienia od zmian kostnych w przylegających żebrach. Mesz wyjaśnia, że istotnie rentgenogram wykazał zmiany, które wydawały się znamienne dla ropienia żebra. Sprawę wówczas tłumaczyć należałoby inaczej wiadomo, że osteomyelitis costae na tle przebytego dawno duru brzusznego w przeciągu b. wielu lat może pozostać w stanie uśpienia i dopiero pod wpływem urazu, albo innego bodźca wyłonić się może ciężkie schorzenie.

Dworecki w odpowiedzi Szourowi wyjaśnia, że mówiąc o aglutynacji 1 : 1600, nie miał na myśli odczynu Widala z surowicą chorej, lecz wynik odczynu zlepnego, otrzymanego z surowicą wysokowartościową swoistą, przy badaniu wyhodowanego z ropy szczepu. Przy tej okazji Dworecki zaznacza, że stężenie aglutynin we krwi chorego w durze brzusznym bynajmniej nie może służyć za miernik stopnia odporności.

Sprawozdanie z posiedzenia w dn. 14 lutego 1930 r.

Przewodniczył: Wertheim.

A. Krakowski. **Jamistość rdzenia u dziecka** (Z oddz. L. Bregmana).

Chora l. 8, urodzona do czasu, bez pomocy akuszeryjnej. Matka nie roniła, ojciec chorób wenerycznych nie przechodził. W 4 mies. życia nagminne zapalenie opon mózgowych. W 3 roku życia już pierwsze objawy obecnej choroby, w postaci starego przechylenia głowy na bok oraz tak daleko posuniętych zaburzeń czucia w pkg, że ujmowała pr. ręką nawet rozżarzony węgiel, na oparzenia pkg. nie reagowała płaczem. Po pewnym czasie osłabienie tej kończyny, oraz zaczęły się na pr. połowie tułowia i pkg. liczne owrzodzenia. Chora niespokojna, blada i wychudzona; od kilku tygodni gorączkuje. Owrzodzenie, umiejscowione na wyprostnej powierzchni pr. stawu łokciowego, drążąc coraz bardziej wgłąb, zniszczyło tkanki miękkie, obrażając staw, stało się miejscem wejścia infekcji, która jest przyczyną obecnego dość ciężkiego stanu septycznego. U chorej stwierdzamy skrzywienie szyjno - grzbietowej części kręgosłupa, węższą szparę oka z lewej strony, poziome drgania oczopląsowe. Główną uwagę zwraca różnica w objętości obu pkg. na korzyść pkg. Różnica tu mniej znaczna w ramieniu staje się największą w dłoni. Prócz nieznacznego obrzęku — powiększenie kończyny zależy w tych przypadkach zwykle od przerostu części miękkich, głównie tkanki podskórnej. W stawie łokciowym stwierdzono na rentgenogramie zupełne zniszczenie końcowych paliczków wskaziciela i środkowego palca pr. ręki. Lkg. norma. Od czasu gorączki nie chodzi (od 3-ch

tyg.) Lkd. zgięta w stawie biodrowym i kolanowym całkowicie nie daje się wyprostować. Pkd. norma. PR. obustr. żywe AK.-kloniczny Babiński obustr.. Rossolimo z lewej. Czucie bólowe, cieplne i dotykowe zniesione na pkg., na pr. połowie szyi oraz na klatce piersiowej po tejże stronie do podżebrza, poniżej zaś — jak również na pkg. — zniesienia czucia bólowego i cieplnego przy zachowanym dotyku. Płyn m. rdz. — norma. Wasserman we krwi i jedynie m. rdz. ujemy. R-gram kręgosłupa wykazał jedynie skrzywienie jego szyjno-grzbietowej części. Przebieg cierpienia, jak również wynik badania przedmiotowego z rozszczepieniem czucia i daleko posuniętemi zmianami troficznemi pozwalają rozpoznać tutaj syringomyelję.

Przypadek na uwagę zasługuje z tego względu, że cierpienie u chorej rozpoczęło się, jak z dawnego wywiadu wnioskować można, w 3-im roku życia, co jest rzeczą niezmiernie rzadką. Schlesingier podaje, że na wiek do lat 10-ciu przypada około 3% ; ile do lat 5-ciu nie podaje. Przerostowe zmiany w przebiegu jawistości rdzenia również nie są częste. W naszym przypadku przerostowi uległa cała górna kończyna. Podobne przypadki podali Guillain, Alajouanine i Perisson. Takie powiększenie objętości kończyny jest naturalnem następstwem przewlekłych spraw zapalnych tkanki podskórnej, a nawet tkanki głębszej w związku z obrażeniami zewnętrznemi zmianami troficznemi i głębokiemi znieczuleniami. Czasami odgrywa tutaj rolę hyperplasia tkanki łącznej pierwotna. Czy istnieje tutaj związek przyczynowy między zapaleniem opon a jamistością rdzenia? Dziecko prawdopodobnie przyszło na świat ze skłonnością do jamistości rdzenia, jednak na skutek zapalenia opon komórki przykanałowe zostały wcześniej pobudzone do bujania.

L. Lubliner. **Ropień mózgu. Operacja. Wyzdrowienie.**

Jan Z., lat 13, uczeń zachorował na ucho prawe dnia 24.XI.29. Po kilku dniach cierpienia z ucha zaczęła wydzielać się ropa. Uprzednio nigdy na ucho nie chorował. Gdy za uchem wytworzył się ropień, został chory skierowany przez lekarza K. Ch. do szpitala.

Badanie wykazało: ropień dużych rozmiarów za uchem, z ucha obfita wydzielina. Słuch: przewodniki kostne zachowane, szeptu nie słyszy.

Dnia 10.XII.29 dokonano antrotomji i mastoidectomji, przyczem obnażono zatokę, która była normalna. W 10 dni po operacji wystąpiły b. silne bóle głowy i wymioty. Badanie

neurologiczne, dokonane przez dra Goldflama, zmian na dnie oka nie wykryło, objaw Rossolimo po stronie prawej.

Dnia 1 i 2 stycznia 1930 silne bóle w okolicy kości czołowej, ból za okiem prawym, tętno 52, zaparcie stolca. Leukocytoza. Lekka pareza kończyny górnej lewej. Babiński po stronie lewej, dno oka bez zmian. Wymioty częste. Przytomność całkowicie zachowana.

Wobec jawnych już objawów charakterystycznych dla ropnia mózgu dnia 3 I.30 przystąpiono do operacji. Po odbiciu tegmen tympani obnażyłem twardą oponę na przestrzeni 3 ctm. Po rozcięciu tejże i wprowadzenie łyżeczki natrafiono na ropień. Po rozszerzeniu brzegów wydobyto około 10 ctm. ropy. Jamę ropną w miąższu mózgu wyczyszczono, widoczna jest membrana pyogenes. Wprowadzono do jamy sączek jodoformowy. Już w 6 godzin po operacji tętno z 45 na min. podniosło się do 76 i poraz pierwszy w całym przebiegu choroby ciepłota podniosła się do 37.2.

Codziennie zmiana opatrunku. Stan chorego stale poprawiał się. Wymioty nie powtórzyły się. Ny +. Od 3 tygodni chory czuje się normalnie. Sączkowanie codzienne. Wydzielina minimalna. Jama po ropniu płytka, że zaledwie na kilka milimetrów można sączek wprowadzić. Stan ogólny doskonały.

Rapiport. **Niezwykły przypadek nowotworu przełyku.** (Z oddz. A. Wertheima).

22-go stycznia r. b zgłosiła się na oddział II i chora R. K., l. 38, ze skargami na wymioty i bóle w okolicy żołądka. Chora była prawie zupełnie głucha i umysłowo słabo rozwinięta; rodziny równiej nie było; wywiad był bardzo utrudniony. Cierpienie obecne dostaje od ½ roku; zaczęła się od silnych bólów w okolicy żołądka i wymiotów, bezwzględu na rodzaj pokarmów. Nie kaszlała, nie wydalała plwociny. Ostatnio zeszczuplała i osłabło; przeważnie zaparcia; mocz oddaje normalnie.

St. ob.: chorej bardzo ciężki, silnie wyniszczona. W okolicy żołądka i wątroby stwierdza się silne napięcie powłok brzusznych, wobec czego nie udaje się wyczuć głębiej leżących części, reszta jamy brzusznej miękka, niebolesna. Serce prawie normalne, tony głuche. Płuca: nad dolnym płatem prawego płuca absolutne stłumienie, z tyłu sięga do wysokości grzebenia łopatki, z boku do 6-go żebra, z przodu do 5-go, ododdech nan miejscem stłumienia zupełnie zmieniony, powyżej oddech wyraźny, nieco wzmożony. Lewe płuco oddycha zupełnie normalnie. Chora gorączkuje, t° — 38°, tętno 120, rów-

nomierne, słabego napięcia. Sonda wprowadzona naczczo do żołądka, nie wykazała zalegania, badanie soku żołądkowego po próbnem śniadaniu nie wykazało wolnego kwasu solnego, natomiast stwierdziło kwas mlekowy przy ogólnej kwasocie 17,5. W moczu stwierdzono obecność białka w ilości 0,16‰ i urobilinogen. Wykonano próbne nakłucie prawej jamy opłucnej w miejscu stłumienia po linji łopatkowej między 8 i 9-ym żebrami. Początkowo nic nie otrzymano z jamy opłucnej, ale posuwając igłę głębiej, natrafiono na jakąś jamę, z której wydobyto szarą nawpółpłynną zawartość o wyglądzie treści żołądkowej. Badanie mikroskopowe tego płynu potwierdziło, że była to faktycznie zawartość żołądkowa z domieszką nielicznych komórek o charakterze nabłonkowym. Na pierwszy rzut oka wydawało się dziwne znalezienie zawartości żołądkowej w jamie opłucnej lub płucu. Możnabyłoby myśleć o przyrośnięciu żołądka do płuca i przekłuciu jego igłą, lub też o nowotworze żołądka, który przedziurawił ścianę jego i doprowadził do ropnia podprzeponowego względnie do zbiorowiska w opłucnej. Ostatnie przypuszczenie zupełnie poniekąd odpowiadałoby objawom klinicznym: napięcie powłok brzusznych w okolicy wątroby i żołądka, stłumienie nad dolnym płatem prawego płuca, podniesiona ciepłota, wymioty, bóle w okolicy żołądka i wyniszczenie chorej — wszystko jakby przemawiało za tem, że ma się do czynienia z nowotworem żołądka, drążącym do przestrzeni podprzeponowej. Dla zupełnego potwierdzenia rozpoznania skierowano chorą do prześwietlenia promieniami Roentgena, które dało wynik zupełnie nieoczekiwany, a mianowicie: płyn barowy pochodzi przez przełyk tylko częściowo; część przedostaje się przez otwór środkowej części przełyku do dużej jamy wielkości pięści, którą zapełnia całkowicie. W opłucnej po tej samej stronie stwierdza się wolny płyn o lustrzanej powierzchni, rozpoznanie: Pertoratio oesophagi ctumore, absessus pulmonis et pleuritis dextra. O dokonaniu jakiegokolwiek bądź zabiegu, nie było mowy, wobec bardzo ciężkiego stanu chorej. Chora wkrótce zmarła, sekcja w zupełności potwierdziła rozpoznanie rentgenologiczne.

Konferencje Neurologiczne Oddziału IX-go.

Posiedzenie dn. 7 lutego 1929 r.

Przewodniczył Bregman.

Krakowski. **Przypadek zapalenia wielonerwowego w następstwie duru brzusznego.** (Z oddziału L. Bregmana).

Chora l. 22 (od IX-28). Przebieg i próby bakterjologiczno-chemiczne ustaliły dur brzuszny. W końcu 3-go tyg. typ stały gorączki zmienia się na typ zmienny o dużych wahaniach dziennych (od 4-5° C); stwierdzono też zapalenie miedniczek nerkowych, zrazikowe dolnego płata l. płuca, głuchotę oraz osłabienie mięśnia sercowego. Do powyższego przyłączyły się bóle i osłabienie kkd. Trwało tak kilka tygodni, poczem zapalenie miedniczek zanikło, płuc ustąpiło, słuch wrócił; pozostało osłabienie kkd. (przeszło w zupełne porażenie). Nerwy czaszkowe, kkg. +; odruchy brzuszne +. Porażenie wiotkie kkd. Ból mięśni i pni nerwowych. Odruchy ścięgnowe i podeszwowe — O. Zanik mięśni, szczeg. podudzi i stóp. Zaburzenia czucia w odcinkach obwodowych. Częściowy odczyn zwyrodnienia w mięśniach podudzi. Odczyn Wass. (—) we krwi i płynie m.-rdz. W płynie m.-rdz. (bez pleocytozy) NA+, białka 0,16‰. Na podstawie powyższych objawów rozpoznano zapalenie wielonerwowe. Zakażenie durowe dało tu liczne powikłania, a także i zapalenie wielonerwowe, co w durze brzusznym należy do b. rzadkich powikłań.

Luxenburg, na którego oddziale chora poprzednio była, widział 400 przypadków duru, lecz nie spostrzegał zapalenia wielonerwowego ani razu. Na uwagę tu zasługuje porażenie wyłącznie kkd..

Głuchota tu powstała z działania jadu na nn. słuchowe (badanie ucha środkowego dało wynik ujemny) i, jak zwykle, ustąpiła.

W rozprawie Goldflam zaznacza, że obserwował w tym czasie podobny przypadek na mieście u 30-letniej; 2-je dzieci jej miało też dur; jedno zmarło na zapalenie płuc, drugie — na encephalitis. Widocznie chodzi tu o genus epidemicus, z pewnem powinowactwem do układu nerwowego.

Bregman podkreśla, że tutaj sprawa ogranicza się wyłącznie do kkd. — W przypadkach zwykłych najczęściej kkg. są zajęte.

Herman. **Przypadek guza podstawy mózgu, naświetlany prom. Roentgena.** (Z oddz. E. Flataua).

Zym. C., l. 50, przybyła 1/VI 28 r. 6 ro zdrowych dzieci. Od roku bóle głowy. Od 3 m. opadnięcie l. powieki, bóle nad oczodołem

lewym. Przed 5 tyg. całkowite opadnięcie l, powieki. Tegoż dnia silne bóle głowy, wymioty.

St. ob.: Ból w okolicy czołowociemieniowej lewej. Osłabienie węchu po st. pr., zniesienie po lewej. Zmętnienie zupełne rogówki lewej; vis. oc. d. — 1,0; oc. sin. — ruchy ręki. Pole widzenia, dno pr. +., lewego zbadać nie można (blizny). Ruchy gałki pr. — dobre; lewa ustawiona w zezie zbieżnym, ruch nazewnątrz zniesiony, nawewnątrz +., do góry — do poziomu, do dołu. +. Oczopląsu niema. Odr. rogówkowy l. — zniesiony; czucie bólu i dotyku zniesione po str. l. na czaszce w cz. ciemieniowej i czołowej; upośledzone w górnej części policzka lewego; czucie cieplne zniesione tam też. — Żwacz l. nie napina się zupełnie. Lewa powieka opadnięta; unosi ją do ½ normalnego ruchu. Upośledzenie l. n. VII. — Inne nn. czaszkowe +. Ruchy kkg. i dolnych +. Odruchy okostnowe i ścięgnowe z pr. > l. Skórne +. Wass. ujemny. Płyn m.-rdz. bez zmian. Serja naświetlań prom Rtg.: bóle głowy ustąpiły, lecz stan przedmiotowy nie uległ zmianie.

W danym przyp. ma się do czynienia z zajęciem nerwów czaszkowych I, możliwe II, III, IV, V, VI, VII. Kiłę można tu wyłączyć; nie może też wchodzić w rachubę stwardnienie rozsiane. H, rozpoznaje tu przyp. guza u podstawy mózgu, z boku od zatoki klinowej. Na guzy te szczególną zwrócił uwagę Cushing.

Higier uważa, że objawy podobne mogłyby przemawiać również za kiłą. Bregman sądzi, że to niewątpliwie sprawa nowotworowa.

Flatau przypomina, że od czasu publikacji Cushinga przypadki takie są łatwe do rozpoznania. Niekiedy wogóle niema bólu głowy, ani wymiotów; zajęcie m. okoruchowego wskazuje na guz u podstawy mózgu. Zmiany wapienne, na rentgenogramie, ujawniane w tych przypadkach, mogą nie pozostawać w żadnym stosunku do nowotworu. Naświetlanie prom. R. w takich przypadkach nieraz daje dobre wyniki. W rozpoznaniu należy brać pod uwagę kiłę, stwardnienie rozsiane, zapalenie śpiączkowe, guz. Miejsce guzów tych — z boku od za toki jamistej. Herman dodaje, iż w przypadkach nowotworów tych zastoina na dnie oczu nie występuje tak często; H. przytacza 2 odnośne przypadki własne.

Szpilman — Neudingowa. **Zespół objawów czuciowych i naczynio-ruchowych. Ponowny pokaz chorego, demonstrowanego w listopadzie 1928 r.** (Z. oddz. L. Bregmana).

Chory 18 l., przybył 17/3. 27, od 4 mies. wówczas silne bóle w kolanach. Potem uczucie ciężaru w kkd.; po 2 mies. przestał chodzić.

W badaniu: sinica stóp, goleni i dłoni, mormoryzacja przedramion i ud. Przeczulica b. duża w staw. kolanowych, mniejsza — wyżej i niżej. Ruchy czynne, poza minimalnemi palców, były zachowane. Zaburzenia czucia w kkd. sięgały pachwiny. Czucie głębokie na palcach — zniesione Odruchy A c h i l. +; kolanowych — wywołać nie można. Brzuszne i nosidłowe +. Kkg. normalne. Nn. czaszk. +. Bólów, zawrotów głowy nie było. Narządy wewn. +. Tętno 96, miękkie; w arter. pedis i dorsal. pedis obustr. tętno — O. W arter. femoral. z trudem wyczuwalne. Ciśnienie krwi 120/80. Badania (płyn m.-rdzen., krew, układ wegetatywny) — z wynikiem ujemnym. W wywiadach oziębienie znaczne kończyn.— Rozpoznanie należyte wówczas było bardzo trudne.

W dalszym przebiegu na oddziale stan pogarszał się. Bóle i przeczulica trwały, zaburzenia czucia doszły do łuku żebrowego. W kkd. wystąpiło porażenie. Odruchy ścięgnowe > > >; niekiedy clonus patel.. Podeszwowe—O. Zaburzenia urynowania, poczem szybko odleżyna na prąciu, wreszcie bolesność ostatnich kręgów grzbietowych, niestała. W tym okresie było wrażenie sprawy rdzeniowej poprzecznej, Badanie lipiodolem dało wynik ujemny, jak również ponowne badanie płynu m.-rdzeniowego.

Z wywiadu zasługuje na szczególne podkreślenie nadużycie tytoniu od 8 r. ż. (!.) Stąd — biorąc pod uwagę brak tętna w kkd. można było tu przypisać etjologiczne znaczenie zatruciu nikotyną. Znane bowiem jest działanie nikotyny na układ współczulny, a zespół objawów współczulnych, spostrzeganych w I okresie choroby, wywołany był niewątpliwie przez ten sam czynnik etiologiczny. Późniejszy obraz sprawy poprzecznej w rdzeniu. N. była również skłonna przypisać toksycznemu działaniu nikotyny. — Wyczerpano wszelkie środki terapeutyczne: chory stale nalegał, aby go, gdy się uzna za potrzebne, poddać operacji. Laminektomja (G o l d s t e i n) 5/XI.28. Usunięto 5. 6, 7, 8 kręgi grzbietowe. Po obnażeniu opony twardej stwierdzono słabsze tętnienie rdzenia. Po przecięciu opony twardej płyn wyciekał w dużej ilości; w rdzeniu — ani w obrębie pola operacyjnego, wyżej i niżej, badanie zgłębnikiem zmian nie wykazało. Po operacji — poprawa: bóle mniejsze; 25/XI mógł już leżeć na boku, 5/XII 28 siedział na fotelu; bóle w kkd. — słabe, zmieniał dowolnie pozycję kk. Zaburzenia urynowania trwały. Ruchy kkd. poprawiły się, zaczął chodzić w wózku, stopniowo chód lepszy. Obecnie chodzi już trochę bez laski. Ruchy w kkd, nieco jeszcze ograniczone, szczeg. w prawym stawie skokowym Zaburzenia czucia na stopach i $^1/_3$ dolnej części podudzi. Tętnienie na. stopach +, odpowiadające tętnu na radialis. Odruchy ścięgnowe > >, podeszw. pr. — O, lewy — bardzo słaba fleksja. Zaburzenia urynowania < <. Zmniejszona pobudliwość w mięśniach i nerwach obu kkd. zczeg. prk. —

Na czem polegało w tym przypadku działanie dodatnie leminektomji, trudno wytłumaczyć. Sprawy uciskowej nie było, o psychogennem działaniu niepodobna myśleć ze względu przedewszystkiem na stopniowy przebieg poprawy. Przypuszczać należy, że zmiana korzystna w krążeniu płynu m. rdzen. wywarła w tym przypadku tak pomyślny wpływ na sprawę chorobową w rdzeniu.

W rozprawie Higier przypuszcza, iż były tu objawy arachnitis cystica.

Zandowa sądzi, że o sclerosis multiplex trudno tu myśleć. gdyż przedewszystkiem odr. brzuszne były zachowane, mimo umiejscowienia sprawy w cz. grzbietowej, a następnie zbyt też szybko i łatwo wytworzyła się odleżyna. Natomiast przypuszczać raczej należało tu objawy neuromyelitis.

Goldflam sądzi, że przyp. nadal jest ciemny, jak przed rokiem. Dominują tu objawy bólowe, neurotyczne, naczynioruchowe. Koncepcja Zandowej nie jest do odrzucenia.

Flatau uważa. że przypuszczać, iż to sprawa rdzeniowa i jednocześnie, że jest to wpływ nikotyny — nie można, Albo jedno, albo drugie, niema bowiew żadnych danych, by pod wpływem nikotyny powstawały zmiany w rdzeniu.

Herman i Pinczewski. **Przyp. nowotworu mózgu, przebiegający pod postacią padaczki.** (Z oddziału E. Flataua).

H. N., lat 14, przybył 1.XII 27. Pacjent od 10 roku życia cierpi na napady: nagle się rumieni, przestaje mówić, wytrzeszcza gałki oczne, przytomności nie traci, pamięta, że miał napad; drgawek nie miewa. Początkowo napady rzadkie, później stały się coraz częstsze. Od 2-ch lat napad o podobnym przebiegu rozpoczyna się od ruchów ssania i mlaskania językiem i ustami. trzaskania palcami, przytem wykonywa rytmiczne ruchy. Od roku podczas napadu uczucie lęku. W 1926 r. napad na ulicy, gdy wracał ze szkoły; zgubił teczkę z książkami. Ostatnio napady coraz dłuższe, do 5 minut, niekiedy też drgawki kloniczne. Przed rokiem dno oczu — normalne.

Enuresis nocturna do 10-go roku życia. Od wczesnego dzieciństwa — częste anginy, powiększone gruczoły. Rozwój fizyczny i psychiczny +.

St. ob. wysoki; odżywienie średnie, budowy wątłej, skóra, błony śluzowe blade. Poty obfite. Gruczoły chłonne — macalne. Narządy wewnętrzne +. Tętno 100, nie miarowe, średnio napięte. Czaszka +. Węch i smak +. Źrenice norm.; dno oczu, obrzęk tarcz 2D, w oku prawem obok tarczy wybroczyna. Visus oc. utr. —

$^6/_6$. Kk, g. i d. +. AR. l. — wzmożony pr. — umiarkowany. Arefleksja podeszwowa. Mocz +. Pirquet —.

Wass. i Sachs — Georgi we krwi chorego i u ojca ujemne.

Płyn m. rdz. klarowny, zlekka ksantochromiczny, 5 limf., NA++ białka 1,16‰. Ciśnienie płynu (Claude) 800, po wypuszczeniu 7.7 cm³. — 300. Rg (Ayala) $\frac{800-300}{7,5} = \frac{500}{7,5} = 6,6$. We krwi: Hb — 75%· cz. c. 4.850.000, b. c. 10.300. Index -- 0,8, N — 60,5%, L — 32,5%, P, — 4,5%, E — 2,5%.

Rtg.: palczaste odciski powiększone; siodełko normalne (prawie).

Chory miewał początkowo prawie codziennie napady, opisane wyżej później osłabły. Badanie dna oczu 27/XII 27: wyniosł. tarcz o. pr. — 3D, l. — 3 — 4D; w oku prawem wybroczynka częściowo wessana, w lewem — świeża wybroczynka. Pozatem stan bez zmian. Wypisał się 21.I 28.

7.IX 28 przybył poraz II-gi: od IX 28 napady zmieniły się; jest głębiej zamroczony, jest jakby odcięty od otoczenia. Ostatnio zdarzyło się raz, że upadł podczas napadu. Od 2 ch miesięcy zauważył na ulicy, że nie widzi osób idących z boku. Pozatem stan bez zmian.

St. ob. Źrenice +; zbieżność normalna. Wyniosłość tarcz 3 —4D, kilka drobnych wybroczynek: W oku lewem jedna większa wybroczynka. Visus o. l. $^4/_{10}$, o. pr. $^4/_{15}$. Hemianopsia sm. Nieznaczna poraz pr. pr. nerwu twarzowego o charakterze ośrodkowym; pozatem nerwy czaszkowe +.

Kk. górne i dolne +. Odr. z kk. górnych +; Abd. +. pr. < lew. PR. pr. > lew: AR pr. > l; arefleksja podeszwowa.

23.XI 28 odma komorowa (dr. Lubelski). Przez otwór trepanacyjny w prawej kości czołowej wypuszczono z prawej komory bocznej do 10,0 płynu żółtego, który sam wyciekał, następnie jednak trzeba go było wytłaczać (łącznie wypuszczono 55 cm³. płynu bursztynoweg) po 10 cm³. po każdej porcji płynu tłoczono odpowiednią ilość powietrza — ogółem 60 cm³. powietrza. Chory zniósł to. Zdjęcie Rtg. w $1^1/_2$ godz. po zabiegu wykazało rozszerzony przedni i środkowe rogi komory prawej, tylny prawy niebył wypełniony powietrzem; do lewej komory powietrze nie przeszło. Płyn kanarkowy; pleocytozy brak NAp. + + +, białka 5.5% zarys komór w zdjęciu pozwolił ustalić, że przeszkoda ucisków (guz) odcina przednią i środkową część komory bocznej prawej od tylnego rogu oraz zamyka komunikację między komorami bocznemi.

Nazajutrz gwałtowny upadek wzroku: ledwie widział płomień zapałki.

28.XI 28 operacja odciążająca w okolicy prawej kości ciemieniowo skroniowej, nakłuto też tylny róg komory bocznej prawej i wy-

puszczono do 50 cm³. płynu bursztynowego (b. szybko stężał). Chory jednak wzroku nie odzyskał (zupełna ślepota).

8.I. 29 tarcze atroficzne, po stronie prawej granice ostre, po str. lewej prawie ostre, bez zastoiny, krwotoków, wysięków. Odczyn źrenic na światło silne słaby.

Codziennie chwilami utrata przytomności, bez padania.

26.I 29 nakłucie Pollacka — Neissera w praw. części skroniowej nakłuto też tylny róg prawej komory bocznej, wypuszczono z 50 cm³. pł. ksantochromicznego; treści z nakłucia tkanka nowotworowa (glejak).

Wypisany bez poprawy 7.VII 29.

Zasługuje tu na uwagę, że przeszło 4-ry lata, a ta sprawa nowotworowa ujawniła się wyłącznie pod postacią napadów padaczkowatych, poczem dopiero wystąpiły zmiany na dnie oczu, lecz bez objawów ogniskowych.

Nakłucie lędźwiowe (płyn ksantochromiczny oraz zwiększona ilość białka, duże ciśnienie płynu) nasuwały już zrazu myśl o guzie, jednak dopiero dalszy rozwój przypuszczenie to utrwalił; graficzny obraz komór oraz wynik nakł. Pollacka-Neissera ustaliły ostatecznie rozpoznanie guza (glejaka), usadowionego prawdopodobie od wewnętrznej strony prawego płata skroniowego z uciskiem dróg wzrokowych po skrzyżowaniu i z odcięciem tylnej części komory bocznej prawej od przedniej jej części, stąd też zatkanie otworu Monroe., brak drożności między komorami bocznemi.

W rozprawie Bychowski dodaje, że obserwował chorego z kol. Naumanem w ciągu 1½ r.; istotnie przed wystąpieniem obecnego cierpienia nie było długo żadnych zwiastunów neurologicznych, dopiero potem wystąpiła tarcza zastoinowa.

Zamenhof podkreśla, że obrzęk tarczy po operacji znacznie się zmniejszył. Należy zwracać uwagę i na średnicę tarczy, gdyż w miarę zmniejszania się obrzęku, zmniejsza się też średnica; niekiedy wyniosłość tarczy pozostaje jeszcze bez zmiany, a średnica już się zmniejsza.

Bregman uważa, że wczesne wystąpienie napadów padaczkowych zdarza się w guzach płatów skroniowych; skłonność jednak do tych napadów nie może być wiązana z umiejscowieniem guza.

Flatau dodaje, że w danym przypadku. wszystkie zabiegi (operaca, naświetlania) nie dały pożądanego wyniku. Co do rozpoznania, to wszystko przemawia za guzem (ksantochromja płynu, hemianopsia sektorowa), a nie za wodogłowiem. Z początku przypuszczano, że guz jest w zrazie potylicznym, lecz obecnie należy mniemać, że w skroniowym ze względu na hemianopsję sektorową oraz napady. Co do wyników wentrikulografji, to Fl. podkreśla, że — gdy nowotwór rośnie od dołu

do góry, — zarys komory jest ścięty od góry, pozatem powietrze wtłoczone nie przeszło tu z jednej komory do drugiej. Ponieważ jest tu lewostr. hemianopsja, a powietrze zajęło komorę prawą, więc należy przypuszczać, że guz leży w pr. półkuli mózgowej.

Posiedzenie w dn. 7 marca 1929 r.

Przewodniczył Flatau.

P. Szpilman-Neudingowa. **Prypadek nowotworu przedniej jamy czaszkowej.** (Z oddziału L. Bregmana).

I. F., 60 l., od 2 lat bóle w praw. $^1/_2$ głowy, szczeg. w obrębie I, II gał. n. trójdzielnego; „drganie" powiek. Po 6 mies. częste napady drgania i skręcania głowy, do 1 — 2 min. z zachowaniem przytomności; przed napadem: ciemno w oczach. W I ub. r. na ulicy zawrót głowy, skręcenie jej na lewo; padł nieprzytomny. Od tego czasu bóle głowy coraz większe; również stałe bóle w lkg.. Od $^1/_2$ r. pochylony. Dwojenia, ślinotoku nie miał. Sen dobry. Przed 8 l. uraz głowy z utratą przytomności bez wymiotów. Przed 18 l. napad z pianą u kąta ust, z utratą przytomności. Napady powtarzały się 3—4 r. rocznie, zwykle w nocy, potem 5 lat bez napadu.

St. ob: twarz nieco maskowata, powolność ruchów, mowa cicha-monotonna. Opukiwanie praw. $^1/_2$ czaszki bolesne, szczeg. w cz. skroniowej. Napięcie mięśui karku duże, mniejsze w lkk. Prawa fałda nos-warg. bardziej zagłębiona (przykurcz). Źrenice równe, odczyn na światło, przystosowanie--dobre; ruchy gał. +, dno +, wzrok +. Pole widzenia zwiększone. Blepharospasmus. Punkty n. trójdzielnego bolesne. Ruchy w palcach i kiści lkg. mniej sprawne. Odruchy z łącznicy i rogówki +. Odruch z lew. ścięgna Achil. — kloniczny. lewe brzuszne — wyczerpują się, pr. dolny — słaby. Oppenheim, Babiński, Rossolimo — O. Czucie +. Powonienie po str. pr. wyraźnie $<$.

Chory pochylony, pr. ramię ustawione wyżej. Chód powolny, suwa lkd. bez udziału lkg.; lewa dłoń zwinięta w pięść. Propulsja, retropulsja — słabe. W szpitalu stwierdzono raz drżenie lkk. o dużej amplitudzie z jednoczesną mioklonją mięśni górnej wargi z pr. str, i pr. nozdrza.

R-gram czaszki: kości sklepienia zgrubiałe, guzy przewapniałe; siodło małe. Sulcus chiasmatis po str. pr. poszerzony. Wszystkie zatoki oboczne nosa z prawej str. mniej powietrzne. Dach oczodołu pr. wklęśnięty.

Wass., Lange (—). — Zrazu cierpienie robiło wrażenie nerwobólu n. trójdzielnego. Przypuszczenie to jednak zostało zmienione przez

2 okoliczności: 1) R.-gram. z wybitnemi zmianami w przedniej jamie czaszkowej po. str. prawej (ognisko nowotworowe): druga — to objawy parkinsonismu, tyłopęd a szczeg. wybitny przodopęd, sztywność karku, monotonja wyrazu twarzy, i wiel. in. wyżej podanych. To też rozpoznano tu nowotwór w przedniej jamie czaszkowej, wzgl. prawego zrazu czołowego, który przez ucisk na zwój Gassera powoduje bóle, a z ucisku na ciało prążkowane, wzgl. jego uszkodzenie, rozwinęły się tu objawy parkinsonizmu. Potwierdzeniem tego przypuszczenia były też b. dokuczliwe bóle w lkg. (przed rokiem) oraz zanik powonienia z prawej strony.

Wreszcie ostatni szczegół — to napady padaczki częściowej, ograniczające się do skręcenia głowy w str. lewą bez utraty przytomności, trwające $\pm$ 1 — 2 min. Prawdopodobnie, że i padaczka (w tak późnym wieku) stoi tu w związku ze sprawą nowotworową, choć o wiele lat wyprzedziła inne objawy. Skręcenie głowy w jedną stronę—b. częsty objaw napadów drgawkowych — niema naogół znaczenia lokalizacyjnego. gdy jednak występuje — jako padaczka Jacksonowska — może je mieć znaczenie lokalizacyjne. Objawów ogólno-nerkowych dotychczas niema.

M. Orliński. **Przypadek nowotworu móżdżku z początkowemi objawami drgawkowemi i nieznacznym niedowładem połowiczym.** (Z oddz. E. Flatau a).

S. H., 19 lat, przybyła 16.II 29 z powodu napadów utraty przytomności, bólów głowy i wymiotów. W XI/28 r. — nagle zawrót głowy, chwiejny chód, dwojenie, następnie silny ból głowy (czoło i potylica). Po tygodniu napady (do $1/2$ godz.) utraty przytomności, lekkie drgawki w kk. dolnych i górnych z przygryzaniem języka. Ostatnio napady nieco odmienne: traci na chwilę przytomność, później uczucie gorąca, b. szybko na zmianę też i zimna, w całym ciele. Od miesiąca gorsza mowa.

Menses raz jeden w 18 r. życia.

St. ob.: budowy drobnej, odżywienia miernego. Pakiety gruczołów na szyi. Płuca +. Serce +. Tętno 60 w pozycji leżącej, 80 w stojącej. T° — 36,8° — 36,9°. Śledziona, wątroba +. Mocz +.

Bóle tyłu głowy; trzyma ją trochę skręconą w lewo. Sztywność karku zaznaczona. Źrenice +. Dno oczu — środek tarcz różowy, wokoło nich obrzęk włókien, wybroczyny. Żyły poszerzone. V.O.D.=$5/5$, V.O.S.=$5/15$. Ruchy gałek +. Lekki niedowład lewego n. twarzowego dolnego. Kk. górne i dolne +. Odr. — z triceps słabe, lewy słabszy, periostalne -- słabe. Odr. brzuszne +. Odr. PR. bardzo słabe, prawy nieco żywszy.

AR. +. Czucie +. W próbie: palec—nos chory wykazuje lekką dysmetrję po str. prawej. W próbie Kurt - Goldsteina — występuje powolne opadanie k. prawej, oraz skręcenie i pochylenie w stronę lewą. — Próba Stuart—Holmesa po str. prawej +, po lewej —. Chód b. chwiejny; sama nie chodzi, pada, szczególnie w lewo. Psychicznie+. Rtg. czaszki +. Wass. —.

W leczeniu kilka zastrzyków glukozy dożylnie; (naświetlań Rtg. nie było, z powodu ciężkiego stanu). 27.II nagle zmarła. Na sekcji—stwierdzono guz w lewej ½-k. móżdżkowej.

E. Herman. **Przyp. sporny diagnostycznie; sclerosis multiplex czy tumor pontocerebellaris?** (Z oddz. E. Flataua).

Th. B., l. 27. przeniesiony II 29, z oddziału dra Landaua w Szpitalu Wolskim.

Chory od 7 lat. W ciągu tygodnia kurcze powłok brzusznych, osłabienie k. g. l., bóle w potylicy i kręgach szyjowych. Od 4 lat bóle w karku i potylicy, jakby ściąganie; po 9 m. bóle większe, napadowe, o charakterze kurczowym, obejmowały potylicę a nawet czoło, o nasileniu prawie do utraty przytomności. Od 1½ roku bóle te kilka razy na dobę, nieraz z wymiotami. Od roku dwojenie. Od 3 — 4 lat chód nieco chwiejny.

St. ob.: głowę trzyma nieco sztywno, przechyloną trochę w str. lewą. Chód niepewny, zatacza się nieco to w jedną, to w drugą stronę; asynergji niema.

Zmętnienie na rogówkach, zwłaszcza na prawej. Odczyn źrenic +. Dno oczu +. Wybitny oczopląs poziomy i pionowy. Odruchy rogówkowe obustr.-O. Nieznaczny niedowład dolnej gałązki l. n. VII. Słuch, smak, węch +. Podniebienie i języczek unosi słabo przy fonacji. Odr. gardzielowy — zniesiony. Mowa z przydźwiękiem nosowym, nieco skandowana. Łyka płyny z trudem, niekiedy wracają nosem. Kk. g. +. Lekkie drżenie końcowe przy próbie palec — nos, z nieznaczną dysmetrją; po str. l. przy próbie palec-nos — nieznaczne zboczenie w str. prawą. Ruchy kk. d. +. Odr. okostnowe i ścięgnowe z kk. g. i d. wybitnie wzmożone. PR: l.> pr. Clonus pedis. Abd — 0; cremaster pr. — 0; l. — minim; arefl. plantarum. Rossolimo + obustr. Babiński (—). Próba kaloryczna wybitnie dodatnia. Rtg. czaszki +. Wass. we krwi i płynie (—). Badanie płynu (na oddz. dra Landaua): Nonne Appelt (—); Białka — 0,4‰; elem. — 4 w cm^3.

Wybitne wzmożenie odruchów ścięgnowych i okostnowych z kk. g. i d., brak całkowity odr. abd. i mosznowych, arefleksja stóp, wybitny obustr. odr. Rossolimo, oczopląs, dodatnia próba kaloryczna —

przemawiają za rozpoznaniem S. m. W ramach tego rozpoznania dadzą się umieścić również takie objawy, jak dwojenie (Marburg uważa je za częste), niedowład n. VII, zaburzenia łykania (postać opuszkowa). Zastanawiają tu zawroty głowy, bóle ściągające, wymioty, napady utr. przytomności. a zwł. brak obustr. odr. rogówkowych. Wymienione objawy, obok niepewnego chodu, zaznaczonej adiadochokinezy, niedowładu n. VII—wskazywałyby raczej na guz kątu mostowomóżdżkowego. O obustr. braku odr. rogówkowych w S. m. nie znalazłem wzmianki w piśmiennictwie. Marburg spostrzegał 2 przyp. S. m. pod postacią guza mostowomóżdżkowego, nie podaje jednak poszczególnych objawów. W grę tu wchodzić by mogła jeszcze syringobulbja, w której kol. H. obserwował brak odruchów rogówkowych.

W rozprawie Higier uważa, że przyp. to istotnie trudny do rozstrzygnięcia; 2 objawy nie mają tu nic wspólnego ze Scler. multiplex: i ból głowy, brak odruchów rogówkowych. Goldflam dodaje; że dla guza kąta mostowo-móżdżkowego brak danych. Bóle w karku są raczej charakterystzczne dla S. m.

Flatau uważa, że trudno tu postawić ścisłe rozpoznanie. Napady utraty przytomności, brak odruchów rogówkowych, bóle w potylicy przemawiają przeciwko S. m.. Obj. Rossolimo może istnieć w nowotworach kąta. Brak zaburzeń słuchowych przemawia przeciw guzowi kątowemu. lecz gdy guz leży na moście, to może ich nie być.

K. Poncz. **Przypadek nawrotowego zapalenia surowiczego opon mózgowych**. (Z oddz. L. Bregmana).

O. R. lat 48, mężatka; bez obarczenia gruźlicą; kiły, momentów intoksykacyjnych, infekcyjnych, urazowych nie było, — jakoteż cierpień ucha, jam obocznych nosa. Od kilkunastu lat migrena (i u brata chorej). W r. 1928 po kilkutygodniowych uporczywych napadach migreny, na ulicy nagle b. silny ból głowy; upadła. Po kilkunastu minutach o własnych siłach wróciła do domu. — Bóle głowy trwały; wystąpiła t^0 do 39° (2 dni), stwierdzono wówczas już objawy ostre o surowiczego zapalenia opon mózgowych. Po 3-ch tyg. wróciła do normalnej pracy; w ciągu roku bez przerwy pracowała w jatce, od czasu do czasu, narzekając na bóle głowy, niezbyt dokuczliwe. — W/I 1929 r. napady migreny częstsze; pod koniec miesiąca tak silny ból głowy, że nie mogła już wstać z łóżka; ciepłota wówczas do 39°, kilkakrotnie zwymiotowała; nie mogła ruszać głową ani kkd. W tym stanie przywieziono ją do szpitala.

St. ob.: zlekka zamroczona, trudno się z nią porozumieć. Narzeka na b. uporczywe bóle głowy, ciepłota — 38,4°, tętno -- 120 na t^0. Narządy wewnętrzne +. Wybitna sztywność karku; głową nie rusza.

Lekki szczękościsk. Źrenice, dno, ruchy gałek normalne Wzrok + Lekkie wygładzenie lewej fałdy nosowo-wargowej. — Asthenia. — W kkd. wzmożenie napięcia mięśniowego. Lasegue — dodatni obustr. objaw Kerniga wybitny; PR. AR>>>. Stopowstrząs obustronny. Zlekka zaznaczony Babiński z rowka w lkd. — Rossolimo O. Przeczulica skóry. Znaczne ciśnienie płynu m.-rdz., płyn wodojasny. jałowy, bez pleocytozy; białka — 8,16°/₀₀, NA +. W krwi: Hb — 77%, bc. — 13,500, cz-c. — 4,860.00. N — 88%. L — 9%. P — 3%. Już po 1-em nakłuciu lędźwiowem (wypuszcz. 30 ctm.³) poprawa; po kilku nakłuciach poprawa znaczna: zaczęła poruszać głową, bóle głowy znacznie zmniejszyły się, t° normalna; po trzech tygodniach wstała. — Obecnie czuje się prawie zdrową. — Tak więc u 48-letniej, cierpiącej oddawna na migrenę, występuje dwukrotnie ostre zapalenie opon mózgowych o charakterze surowiczym (meningitis serosa recidivans). P. podkreśla niezmierną rzadkość surowiczego zapal. opon nawrotowego oraz trudności. jego rozpoznawania.

W genezie tego cierpienia, w danym przypadku, migrena mogła była odegrać pewną rolę; w obu tych cierpieniach ma się do czynienia ze wzmożonem ciśnieniem wewnątrzczaszkowem (Quincke, Strümpell i inni); niektóre objawy kliniczne w obu cierpieniach są b. zbliżone a związek ich z czynnością gruczołów dokrewnych jest b. prawdopodobny. Na związek między migreną a mening serosa wskazywał u nas S. Goldflam.

W rozprawie Flatau, wyraża między innemi, przypuszczenie, że migrena polega na angiospazmach, nie zaś na zachorzeniu splotu. Zastoiny w migrenie nie widujemy, mogą być krwotoki na dnie oczu, jak to bywa w leptomeningitis haemorrhagica, która znów nic wspólnego ze splotem niema. W meningitis serosa przeważnie nie mamy stanów zamroczenia. Aby postawić rozpoznanie meningitis serosa, musi być jednak i zastoina na dnie oczu. Goldflam uważa, że migrena odgrywa dużą rolę w powstawaniu meningitis serosa. W przyp. kol. Poncza zachodzi pytanie, czy to, co on nazywa tu meningitis serosa, nie jest przedłużonym napadem migreny. Zamenhof dodaje, że tarcza zastoinowa występuje przeważnie u osobników z hypermetropją. Nie mamy ani jednego przypadku tarczy zastoinowej z miopją. Bregman sądzi, że w $^1/_2$ przypadków meningitis serosa jest tarcza zastoinowa, w $^1/_2$ niema jej.

S. Bau-Prussakowa. **Przypadek stwardnienia rozsianego z napadami padaczkowemi**. (Z oddziału E. Flataua).

K. W., l. 16, przybył 25/IV 29. Rozpoczęło się w październiku u. r. od napadu skurczów tonicznych w kkd., z utratą przytomności

zrazu, z uczuciem jakby prądu elektrycznego u obu kk. — 2-gi napad taki następnego dnia; trzeci — 4/III 29 r. W międzyczasie bez dolegliwości, poza uczuciem ciała obcego w prawem kolanie.

2 tygodnie przed przybyciem na oddział już omamy cieplikowe w biodrach, większe w lewem. St. ob. (w przychodni) w dniu piątym po 3-im napadzie podaczkowym: wzmożenie odruchów ścięgnowych w kkg. osłabienie brzusznych; wybitne >> PR i AR; obustr. Rossolimo, brak odr. podeszwowych.

Stan obecny w szpitalu: źrenice, nerwy czaszkowe +. Ruchy kkd. i górnych +. TrR i Per. R. > >. Abd środkowe i dolnę >. CrR=pr. < l. PR i AR polikinetyczne (pr. ⋖ l.?). Podeszwowe — O. (niekiedy jakby Babiński); Rossolimo ++. Pobudliwość błędników (odczyn koloryczny). W płyn. m.-rdz.: białka 0,16‰. N, — Ap., Guillaine-ujemne, bez plocytozy i odcz. Wass.—

Zespół wskazanych objawów przemawia za sprawą rozsianą w ośrodkowym układzie nerwowym. Ponieważ tło kiłowe wyłączyć należy, rozwija się tu więc niewątpliwie stwardnienie rozsiane (okres początkowy); zasługują tu szczególnie na uwagę napady padaczkowe o charakterze tonicznym.

W rozprawie Goldflam zaznacza, że napady podaczkowe w Sm. występują zwykle na początku; jest w tem pewna analogja do kiły Rozpoznanie S. m. wydaje się wielce prawdopodobne. Pozatem jest tu dowód, jak wcześnie w S. m. występuje objaw. Ross. bez Balińskiego.

K. Poncz. **Przypadek czerwienicy z nadciśnieniem (policythämia hypertonica) z rozlanemi sprawami w układzie nerwowym.** (Z oddz. L. Bregmana).

N. Ch. lat 50, krawiec, zgłosił się 19/II. 29 r. Chory od 4-ch miesięcy. Zrazu dość uporczywe bóle głowy bez specjalnego umiejscowienia, później zaburzenia pamięci (w dniu rocznicy śmierci ojca zapomniał, jak mu było na imię). Spostrzeżono, że ze zwykłych zajęć swoich wywiązuje się niedostatecznie i że ruchy i czynności, najbardziej elementarne są niezgrabne, niedołężne i nie prowadzą do pożądanego celu. Od 6-iu tyg. osłabienie lkg, później kkd., podmiotowe zaburzenia słuchowe i wzrokowe. Niekiedy ucisk u serca i jakby duszność. Lues-O. Żona zdrowa.

St. ob.: twarz czerwona, sinawa, błony śluzowe zabarwione normalnie. Gruczoły chłonne, wątroba i śledziona +. Ciśnienie krwi. 180/130. Tętno — 90 na 1′: lewa komora powiększona, II-gi ton nad tętn. główną zaakcentowany. Lekka rozedma płuc.

Orjentacja + (czas, miejsce, otoczenie). Apatyczne, pobudliwy szybka wyczerpywalność uwagi. Ruchy kkg., odr. +. Odczyn źrenic

na światło, zbieżność i przystosowanie prawidłowe. Dno oczu +. Lewostronne połowicze niedowidzenie. Lekki niedowład lkg. PR-- obustr. > AchR -- ob. umiarkowane. Chód +. Lekkie zaburzenia czucia głębokiego w palcach lkg. W mowie — zacinającej się, niewyraźnej i rozpływającej się, — przepuszcza litery i sylaby. Czytać nie umie ani po polsku, ani po żydowsku; pojedyńczych liter też przeważnie nie poznaje; niekiedy usiłuje czytać poszczególne słowa od środka wyrazu.

Pismo również bardzo upośledzone — układa litery nie na jednakowej wysokości, przepuszcza poszczególne litery i sylaby, jedne litery wypisuje miast drugich. Kk-ami nie jest w stanie na zlecenie wykonać najprostszych ruchów wtedy nawet, gdy badający ruchy te przed nim demonstruje. Wszystkie ruchy niezgrabne, niezdecydowane, niezręczne, niedołężne. Np. zamiast złożyć dłoń w pięść unosi dłonie; gdy ma unieść kkd., podnosi je zrazu powoli i nieznacznie, poczem wykonywa niemi bezcelowe ruchy wahadłowe, wreszcie opuszcza je. Czynności z przedmiotami w dłoni również są bardzo upośledzone; nie umie zapalić zapałki, pociera niewłaściwe powierzchnie pudełka; nie może wyjkroić kółka lub najprostrzego modelu rękawa (z zawodu krawiec). Nożyczki poznaje, lecz nie umie ich użyć. Mocz +. Płyn m.-rdz. normalny (wzmoż. tylko ciśnienie). Podstawowa przem. materji nieco wzmożona. W krwi (3 r. badanej): I. Hb — 120%, Cz.c. 6, 610.000, b. c. 11.000, N — 85%, L. — 13%, P. — 2%. II. Hb — 90%, Cz. c. — 6.910.000, B. c. 9.400, N 85%, L. — 12%, P. — 2,5%, Eoz. — 0,5%. III. Hb — 115%, Cz. c. — 6.160.000, B. c. — 8.800, N — 79%, L. — 17,6%, Płyt. Bizozero — 300,000 w 1 ctm³.

W powyższym przypadku — wobec obrazu krwi i zmian w ciśnieniu — rozpoznać należy czerwienicę z nadciśnieniem (Policythaemia hypertonica Geisböck'i). Zmiany nerwowe, tu spostrzegane, wskazują na kilka ognisk w mózgu. Aph. motorica — lewy dolny płat czoł. ośrodek Brocka), hemianopsja sin. hom + agrafia, alexia i apraxia-gyrus angul. sin. + gyr. lingualis; niedowład lkg. — pr. pół. mózgu. W przypadku tym na szczeg. uwagę zasługują daleko posunięte zaburzenia apraktyczne (apraxia ideatoria et motorica), które w policytemji w jednym zaledwie przypadku dotąd były opisane.

W rozprawie H i g i e r uważa, że przyczyny polyglobulji należy szukać w szpiku kostnym. H. przypomina, że pokazywał kiedyś przyp. polyglobulji ze zmianami na dnie oczu i zaburzeniami mózgowemi, B y c h o w s k i (sen.) wspomina o pracy, w której podkreślano dużą poprawą po preparatach śledzionowych. F l a t a u uważa, że co do patogenezy, to należy tu być b. ostrożnym. W chorobie Vaqueza obj. mózgowych ma się mało w przypadkach hipertensji obj. mózgowych jest b. wiele. F l a t a u zwraca uwagę na pracę Foix, który podaje, że w hemiplegjach conajmniej ½ przyp. polega na spazmach naczyniowych bez zmian w naczy-

niach. Zmiany nerwowe w hiperglobulji polegają na czerwonem rozmiękczeniu, rozsianem. W chorobie Vaqueza obj. mózgowe występują en bloc, podczas gdy w hipertenrji choroba zjawia się etapami, — Przypadek ten raczej należy odnieść do objawów mózgowych w hipertensji. — Fl. dodaje, że by tu było trudno wyobrazić sobie, aby istniało tu jedno tylko podłoże etiologiczne.

Herman zwraca uwagę, że w ujęciu przypadku przez kol. Poncza niema jednak konkretnych danych, wskazujących na nadmierną czynność nadnerczy. Należałoby tu zbadać przedewszystkiem ukł. wegetatywny, objawy sympatykotonji. — Ciekawe byłoby badanie ukł. sympatycznego w przypadkach hipertensji samoistnej, byłby wtedy sprawdzian co do czynności nadnerczy.

Bregman uważa, iż objawy nerwowe w hyperglobulji są częste Jeżeli, jak tutaj, istnieje polyglobulja, to trudno rozstrzygnąć, co należy w danym wypadku rzucić na karb hiperglobulji, a co uzależnić od hipertensji.

K. Poncz i P. Goldstein. **Przypadek guza kąta mostowo-móżdżkowego z wynikiem pomyślnym operacji.** (Z oddz. L. Bregmana).

D. F., l. 36, zgłosił się 26.VII 28 r. Cierpienie rozpoczęło się przed 4 l. nagle od wykrzywienia pr. połowy twarzy i głuchoty w pr. uchu. W tym czasie bóle i zawroty głowy, napady padaczkowe; znacznie później zaburzenia wzrokowe, upośledzenie chodu, parestezje na twarzy i podniebieniu. W 25 roku życia owrzodzenie na prąciu; przechodził kurację swoistą.

St. ob.: z pr. strony zupełna głuchota oraz brak pobudliwości narządów przedsionkowych, niedowład pr. n. VII o typie obwodowym, zniesienie pr. odruchu spojówkowego i rogówkowego, hyperestezja dotykowa, bólowa i cieplna na twarzy obustronnie, w większym stopniu w lew. połowie twarzy, zaburzenia smaku w pr. połowie twarzy, zaburzenia smaku w pr. połowie języka. Na dnie oczu — obustronny zanik n. wzrokowego pozapalny; lew. oko: palców nie liczy wcale, pr. z odległości 1-go metra. Ataksja pkk., chód o szerokim kroku, zatacza się. Romberg +. Objawy, a szczeg. zajęcie n. VIII oraz n. VII i n. V, tudzież objawy móżdżkowe, wskazują na sprawę chorobową w pr. kącie mostowo-móżdżkowym. Wskazane umiejscowienie sprawy, w zestawieniu z przebiegiem klinicznym, nasuwało odrazu przypuszcz. guza, który w tem miejscu najczęściej bywa spostrzegany. Bóle głowy wprawdzie nie były b. silne, jednakowoż utrata wzroku i zanik pozapalny nn. wzrokowych dowodziły dużego stopnia ucisku wewnątrzczaszkowego. Nietypowe było, że głuchota tu nie wyprzedziła na długie

lata innych objawów, lecz ujawniła się prawie jednocześnie z porażeniem nerwu twarzowego. Ta okoliczność, oraz niewątpliwie zakażenie kiłą, skłoniły do zastosowania energicznej kuracji swoistej, która narazie dała newet pewną poprawę (lepszy chód), poczem jednak znów pogorszenie.—Operacja (dr. Goldstein) wykazała guz w pr. kącie mostowo-móżdżkowym, który od góry był pokryty torebką, wypełnioną przezroczystym płynem. Guz wyłuszczono małemi cząstkami w postaci drobnych błyszczących kulek (cholesteatoma dermoidale).

Chory zniósł operację b. dobrze, chód stopniowo się poprawił, bóle głowy ustąpiły; głuchota i zaburzenia wzrokowe pozostały bez zmian.

Posiedzenie dn. 9 maja 1929 r.
Przewodniczył: Flatau.

M. Orliński. **Przypadek rozmięknienia mózgu z objawami oponowemi i ogniskowemi.** (Z oddziału E. Flataua).

L. D. 54 lat, przybyła 27.III 29 zamroczona, narzekając na silne bóle głowy, wymioty. Dawniej zawsze zdrowa. 4 dni przed przybyciem na oddz. nagle na ulicy poczuła się źle, zwymiotowała. W domu straciła przytomność. Na drugi dzień t° do 37,5° — 37,8°, stan zamroczenia, bóle głowy. — Mąż zmarł. 3 dzieci, — zdrowe.

St. ob.: budowy prawidłowej, odżywienia dobrego. Narządy wewnętrzne +. Tętno 72'. T° 37°—37,9°. Ciśnienie krwi $^{160}/_{90}$. Mocz: b. 0,45$^0/_{00}$, w osadzie liczne leukocyty. Opuk czaszki niebolesny; sztywny kark. Kernig prawostronny zaznaczony, a Brudziński (karkowy) wyraźny. Źrenice okrągłe, jednakowe, odczyn na światło wiotki, zbieżność (?). Dno oczu wydawało się normalne; ruchy gałek +, szpara oka lewego nieco szersza. Fałda nosowo-wargowa lewa nieco wygładzona. Inne nerwy czaszkowe +. Odr. z triceps. okostnowe prawostronne żywe; ob. Sterlinga po str. prawej. Odruchy brzuszne (?) z powodu wiotkości powłok). Kk. dolne: osłabione jednakowo obustronnie; napięcie, ruchy—norma. PR. — żywe, prawy polikinetyczny; AR. — żywe, prawy polikinetyczny; podeszwowych brak obustronnie. Rossolimo, Mendel—Bechterew (—). Badanie czucia wszelkiego rodzaju trudne z powodu psychicznego stanu chorej. Mowa dowolna możliwa, lecz niektóre słowa wymawia z trudem, niekiedy znów szuka słowa. Pytań często nie rozumie, pisze źle, czytać prawie nie może (chora ukończyła uniwersytet). Wybitne zmiany apraktyczne. Zupełna dezorjentacja co do miejsca i otoczenia; nie zna przyczyny pobytu w szpitalu

Nakł. lędź.: płyn opalizujący, pod dość dużem ciśnieniem, 448 neutrochł, 21 limf. NAp +. Białko — 0,2$^0/_{00}$. Posiew — 0. Wass.—0,

Posiew krwi — 0. Wass. we krwi — ujemny. W dalszym przebiegu stan chorej coraz się poprawiał, — płyn mózg.-rdz. b. szybko zupełnie się oczyścił pod wpływem nakłuć i zastrzyków dożylnych cylotropiny.

Przypadek ten zasługuje na uwagę ze względu na objawy ogólne i ogniskowe—przy płynie m.-rdzeniowym ropnym, jałowym. Prawdopodobnie schorzenie to ubyło na tle grypy.

Posiedzenie dn. 11 kwietnia 1929 r.

Przewodniczył Bregman.

Bau-Prussakowa i J. Mackiewicz. **Przypadek operowanego chromatophoroma medullae spinalis.** (Z oddz. E. Flataua).

R. S., lat 29, przybył 6.I r. b. Przed 4 miesiącami ból w dolnej części kręgosłupa lędźwiowego, promieniujący początkowo w lędźwia a po upływie 2 tyg. w l. udo. Przed 3 tyg. ból się zmniejszył, lecz wystąpiło osłabienie kończyn dol. pr.. Niekiedy lekkie zatrzymanie moczu. St. ob.: niedowład kończyny dol. pr. wiotki z lekkiem wychudzeniem mięśni goleni i z nieco osłabionem oddziaływaniem na prąd elektryczny. W kończ. dol. lewej poza słabem unoszeniem jej „en masse“ (z powodu bólu?), ruchy prawidłowe, siła mięśni +; napięcie nieco obniżone.

Czucie wszystkich rodzajów do D_{12} w dół obustronnie upośledzone, w obrębie segmentów L_1 — L_3 włącznie po str. pr. zniesione.

Odruchy brzuszne dolne b. słabe. pozostałe prawidłowe, CrR = O, PR = O; AR zachowane, podeszwowe = O, Rossolimo obustr. +.

Kręgosłup sztywny w ruchach. Kręgi z ucisku niebolesne.

Płyn m.-rdz. ksantochromiczny. N. — Appelt +++, bez pleocytozy. Odezyn Wass. ujemny.

Po nakł. lędźwiowem silny ból w brzuchu i w l. k. dolnej, bezwład kończyn dolnych, zniesienie AR. — Lipiodol, zastrzyknięty podpotylicznie, zatrzymał się cały na $^1/_2$ XI kręgu grzbietowego. Otrzymane przez punkcję aspiracyjną (między XII kręgiem grzbiet. a I-ym lędźwiowym) cząsteczki tkanki, zbadane histologicznie, wykazały komórki barwikonośne chromatofory). Operacja (dr. Lubelski), wykazała w obrębie 3 dolnych kręgów grzb. i I lędźwiowego, na tylnej i bocznej powierzchni rdzenia, masy nowotworowe, sinawo-czarne, rychłe, a wychodzące z pia mater.

Masy te usunięto częściowo. Rdzeń przesunięty w str. lewą i spłaszczony. Badanie histologiczne potwierdziło rozpoznanie „chromatophoroma.“

Bezpośrednio po operacji stan gorszy (zatrzymanie moczu, odleżyny), lecz już na 5-ty dzień objawy zaczęły ustępować. Poprawa postępuje. Biorąc pod uwagę brak znamion barwikowych w skórze, brak zmian w naczyniówce oczu i w narządach wewnętrznych, należy przypuszczać, że mamy tu do czynienia z pierwotnym „chromatophoroma" rdzenia, który udało się rozpoznać jeszcze przed operacją dzięki nakłuciu aspiracyjnemu.

W rozprawie Higier zaznacza, że w guzach rdzenia nie ma się jeszcze tak, jak w sprawach tych, w mózgu dostatecznego kryterjum, kiedy nie należy robić nakłucia lędźwiowego. — H. za słuszniejszą uważa nazwę melanosarcoma aniżeli chromatophoroma.

Bregman sądzi, że guzy zewnątrz-rdzeniowe dają pogorszenie po nakłuciu lędźwiowem. Ale w tych przyp. operacja daje dobre wyniki, co kompensuje przykrości te. Goldflam uważa, że przyp. ma duże znaczenie teoretyczne umiejscowienia przypuszczalnego ośrodka rdzeniowego obj. Rossolimo w rdzeniu. Tutaj PR były zniesione. AR wzmożone i był obj. Rossolimo; wskazuje to, że guz wychodzi z obrzmienia lędźwiowego. Ośrodek odruchu AR leży na wysokości I_S i II_S. Ponieważ tu ośrodki erekcji i pęcherza były zachowane, więc część dolna krzyżowa jest nietknięta. Wskazywałoby to, że przypuszczalny łuk odruchowy dla objawu Rossolimo w rdzeniu przechodzi na wysokości dolnych odcinkow krzyżowych.

Flatau dodaje, iż doświadczenie jego poucza, że gdy nowotwór nie leży nazewnątrz lub wewnątrz twardówki, to i w tych przypadkach może być pogorszenie po nakł. lędźwiowym. Pod nowotworem tworzy się vacuum, słup górny płynu uciska rdzeń i daje nagłe porażenie. Fl. wydaje się, że w tych przypadkach, gdzie płyn przestaje po nakł.. wyciekać, należy wstrzyknąć do przestrzeni podpajęczynówkowej płyn fizjologiczny. Pod względem klinicznym nie należy mieszać melanosarcoma z chromatophoroma.

E. Herman. **Przyp. myatonia congenita Oppenheim.** (Z oddz. Flataua).

L. P. l. 3, przybyła 20.III 29 r. — Poród był normalny. W pierwszych 3 tyg. matka zauważyła, iż dziecko coraz mniej porusza kk., słabiej płacze, raczej kwili. Pierwsze dziecko miało podobne objawy, zmarło w 4 m. życia z zapalenia płuc. Lekarz stwierdził wówczas porażenie kończyn. Matka nie roniła. Rodzice nie spokrewnieni.

St. ob. Odżywienie dobre, budowy prawidłowej. Narządy wewnętrzne +. Czaszka: obwód — 40 cm., strzałkowy — 25 cm., bitemporalny — 21,5 cm. Ciemiączko małe zarośnięte; duże, o wymiarach 2 x 2,5 cm. Nn. czaszkowe +. Dziecko leży stale na wznak, główką

obraca; kk. górne utrzymuje odwiedzione i zlekka zgięte w łokciach ułożone w całości na posłaniu; kk. dolne zlekka zgięte z biodrach i kolanach. Uderza całkowity brak ruchów w kk.; jedynie szczątkowe ruchy w rączkach i w stopkach, niekiedy w stawach dużych. Uniesione kk. opadają bezwładnie. Mięśnie wybitnie wiotkie, napięcie zmiejszone.

Nadmierna podatność stawów. Główka bezwładnie opada. Odruchy okostnowe i ścięgnowe zniesione. Abd-o; podeszwowe — lekkie rozgięcie palców; Rossolimo (—). Na ukłucia szpilką reaguje płaczem, kk. nie cofa. Odczyn Wass. we krwi matki i dziecka (—).

Brak oddziaływania na prąd przerywany; na prąd stały —wybitne osłabienie, skurcz powolny, w wielu mięśniach AZS > KZS.

Zupełna wiotkość kk., znaczne upośledzenie ruchów czynnych, nadmierny obszar ruchów biernych, zniesienie odruchów ścięgnowych, zmiany elektryczne, wczesne wystąpienie wszystkich objawów — wskazują, że zachodzi tu przyp. ogólnego schorzenia ukł. mięśniowego — t. zw. choroby Oppenheima. Zasługują na uwagę zmiany elektryczne, który przy braku reakcji na prąd przerywany, wykazują jednakże reakcję zwyrodnienia, pozatem być może, rodzinny charakter tego cierpienia, gdyż pierwsze dziecko zdradzało analogiczne objawy. Oppenheim i inni autorzy podkreślają przeciwnie brak charakteru rodzinnego myatonji. W rozprawie brali udział Lipszyc i Higier.

TREŚĆ NUMERU.

SOMMAIRE.

Redaktor: **J. Rotstadt.**

Komitet Redakcyjny: **L. Bregman, E. Flatau, G. Lewin, M. Lewin, L. Lubliner, A. Natanson, J. Szwajcer.**

Adres Redakcji i Administracji:

Szpital Starozakonnych, Pawilon IX, Oddział Terapji Fizykalnej, tel. 507-12, Dr. J. Rotstadt.

Skład Główny: Księgarnia Gebethnera i Wolffa. Krakowskie Przedmieście 15, tel. 4-12.

NEUMAN & TOMASZEWSKI, ZAKŁADY GRAFICZNE WE WŁOCŁAWKU